

Mosnier H, Guivarc'h M — Intérêt d'une surveillance loco-régionale après intervention curative pour cancer du rectum ou du sigmoïde. *Ann Gastroentérol Hépatol*, 1987; 23(1): 15-18.

Trinta a quarenta por cento dos pacientes submetidos à cirurgia curativa por câncer colorretal apresentam recidivas tumorais nos primeiros cinco anos. Metade destas é locorregional e a outra metade é constituída de metástases, principalmente, hepáticas.

Tendo em vista que as ressecções hepáticas parecem melhorar o prognóstico de alguns grupos de pacientes, os autores questionam se não seria também importante a definição de novos protocolos para a localização precoce das recidivas locorregionais.

Segundo estes, a incidência destas recidivas, pélvicas ou ganglionares periaórticas, varia de 15 a 20% nas diversas séries, podendo ser analisadas em quatro grupos: a) recidivas ganglionares, cujos estudos realizados em pacientes submetidos à reintervenção sistemática, após amputação abdominoperineal, mostraram uma taxa de 20% de adenopatias metastáticas em pacientes com recidivas; b) recidivas pélvicas, após amputação abdominoperineal, apresentando-se como únicas em 15% dos pacientes, ou seja, 30% daqueles com recidivas; c) recidivas anastomóticas, cuja incidência varia de 3 a 11% dos pacientes e d) recidivas perianastomóticas, cuja frequência parece ser baixa, em virtude das dificuldades de pesquisa, mas que podem atingir até 10% dos pacientes se analisarmos os achados puramente anastomóticos e os achados pélvicos com ponto de início impreciso.

Os autores propõem uma observação constante e sistemática, principalmente nos pacientes submetidos a ressecções seguidas de anastomose, associando exames clínicos, laboratoriais, endoscópicos e, em casos de suspeita de recidiva pélvica, a uma tomodensitometria. Para a pesquisa de recidivas perianastomóticas, a ecografia endorretal parece ser um modo de observação simples e confiável, sujeito ainda a estudos futuros.

No tocante ao tratamento das recidivas pélvicas, a

localização precoce destas mostra uma nova possibilidade cirúrgica, ou seja, amputação abdominoperineal em mais da metade dos pacientes, seguida sempre de radioterapia, caso não tenha ainda sido realizada. *Fernando Cordeiro*.



Herbault GF, Renoux B, Jean E — Les lipomes du côlon. *Ann Gastroentérol Hépatol*, 1987; 23(1): 11-14.

Os autores apresentam dois casos de pacientes portadores de lipomas do cólon transversal, localização esta pouco usual e, por isso, de diagnóstico menos freqüente. Os lipomas são tumores raros do tubo digestivo, sendo que em 65% dos casos apresentam-se em ceco e em 50% destes a localização é preferencialmente em ceco e colo ascendente, podendo ser submucosos (90%) ou subserosos.

Estes tumores são duas vezes mais freqüentes no sexo feminino, com maior prevalência nas 5ª e 6ª décadas. A sintomatologia habitual está diretamente ligada ao tamanho do tumor, sendo que o seu aparecimento acontece em 75% dos casos, quando estes são superiores a 4 cm de tamanho. Os sinais mais freqüentes são: a dor abdominal em cólica, variando segundo o local e intensidade, as retorragias intermitentes, dependentes da erosão da mucosa destes, e as alterações no hábito intestinal, chegando até a fenômenos suboclusivos devido à invaginação colo-cólica e não por obstrução devida ao tumor. Radiologicamente, no enema opaco, estes tumores apresentam-se como lacunas arredondadas ou polipóides de contornos regulares e, em consequência de sua constituição de células adiposas, aparecem bem mais radiotransparentes e de consistência amolecida, podendo ser deformados pela contração cólica ou pressão intra-abdominal.

O exame colonoscópico mostra uma massa submucosa amarelada, com mucosa habitualmente íntegra, sendo que este pode ser terapêutico nos casos de formações pequenas ou polipóides. Na maioria dos pacientes o tratamento deve ser cirúrgico, com ressecções segmentares nos casos

de diagnósticos incertos ou de grande tamanho ou, preferencialmente, por colostomias e enucleação. *Fernando Cordeiro.*

• • •

Leandri R, Consentino B, Lorenzotti A, Sarles JC - Le traitement chirurgical du prolapsus rectal de l'adulte - IV Rencontre Franco-Italienne de Gastroentérologie. Ann Gastroentérol Hépatol 1987; 23(3): 157-176.

Os autores apresentam os resultados de 59 pacientes portadores de prolapso retal, submetidos à retopromontofixação por via abdominal, segundo ORR-LOYGUE (57 pacientes), ou retofixação por via perineal após ressecção do cóccix (dois pacientes). A idade média dos pacientes foi de 72,7 anos, sendo a maioria do sexo feminino (68%).

A incontinência anal concomitante foi encontrada em 44% dos pacientes, sendo que os principais sintomas foram: a retorragia em 45% dos casos e dor em 52,5% dos pacientes.

Todos os pacientes foram submetidos a retoscopia e a enema opaco no pré e pós-operatórios e, naqueles portadores de incontinência, realizaram-se também uma defecografia e uma manometria do canal anal.

A mortalidade, segundo os autores, foi baixa (1,7%), assim como as recidivas (3,4%), sendo que estes foram reoperados com sucesso. Apresentam ainda um caso grave de infecção e resultados significativamente bons no tocante à continência anal.

Finalizam os autores assinalando que a retopromontofixação apresenta ausência quase absoluta de recidiva, ausência de sacrifício da mucosa anorretal e possibilidade de cirurgia sob bloqueio regional nos pacientes idosos. E, apesar da via abdominal ser o acesso ideal, lembram ainda da possibilidade de realização deste tipo de intervenção por via perineal. *Fernando Cordeiro.*

• • •

L. Belli CA, Beatti M, Frangi P, Aseri and G. F. Rondinara. - Outcome of patients with rectal cancer treated by stapler anterior resection. Br J Surg 1988; Vol. 75, May, pp. 422-424.

A importância da anastomose mecânica nos tumores do 1/3 médio do reto, principalmente após ressecções anteriores baixas, vem se destacando nos últimos anos.

Analisaram-se setenta e quatro pacientes, no período de 1981 a 1984, que foram submetidos a ressecção anterior do reto, com tumores no 1/3 médio, cuja anastomose foi realizada com stapler. Segundo a classificação de Dukes, modificada por Astler-Colles, foram encontrados: Dukes A - 16% (12); B - 35% (26); C - 40% (29) e D - 10% (7).

Foi realizada antibioticoterapia pré-operatória, num

período de 48 horas, com clindamicina e metronidazol (oral), acompanhada de preparo mecânico com manitol e sulfato de magnésio.

A mortalidade operatória foi de 3%. Três pacientes (4%) desenvolveram fístula, sendo necessário o uso de colostomia em um deles; dois (3%) apresentaram estenose da anastomose, seis e quatorze meses após a cirurgia; três (4%) apresentaram recorrência local, seis, sete e dezoito meses após a cirurgia.

A taxa de sobrevida em cinco anos foi de $67 \pm 6\%$. Foram realizadas: ressecção hepática em sete pacientes, três lobectomias esquerdas, duas lobectomias direitas e duas ressecção em cunha, sendo a sobrevida, em cinco anos, de $33 \pm 19\%$.

Os autores destacam a importância da anastomose com stapler nos tumores do 1/3 médio do reto e defendem a ressecção de metástase hepática no mesmo ato operatório. *René Ramos Pinheiro.*

• • •

L. Linares, L. F. Moreira, H. Andrews, R. N. Allan, J. Alexander, Williams and M. R. B. Keighley. - Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's disease. Br J Surg, 1988; 75(7): 653-655.

Os autores analisaram os resultados obtidos no tratamento da estenose anorretal por doença de Crohn. No período de 1975 a 1985, quarenta e quatro pacientes apresentaram doença de Crohn, confirmada pelo quadro clínico, através de biópsia e radiologicamente.

Noventa e oito por cento apresentavam proctite e 93% possuíam doença perianal.

Vinte e dois pacientes apresentavam estenose no reto, sendo 15 no canal anal e sete na função anorretal; vinte e um tinham abscesso perianal associado à estenose; ocorreu cirurgia prévia em 17(36%) pacientes, sendo 11 ressecções ileocecais e seis colectomias. O tratamento realizado foi dilatação em 33(68%), com dilatação digital (26) rígida com vela de Hagar (2) e dilatação com balão (coaxial ballon) (5); destes, 45% realizaram somente uma dilatação; 24% (8), duas dilatações e 30% (10), três ou mais dilatações; ocorreram sepsis graves perianal em três (9%) pacientes, sendo realizada uma ileostomia. Ocorreu abscesso perianal, ou exacerbação de fístula, em 18% (seis) dos pacientes após a dilatação.

Foi realizado tratamento clínico em 5(11%), visando a proctite, utilizando-se sulfasalazina, metronidazol e enemas de esteróides.

Quarenta e três por cento dos pacientes realizaram excisão retal, sendo que seis (13%) como tratamento inicial e 13(29%) após repetidas dilatações.

Os autores concluem que deveria ser instituída uma terapia conservadora em pacientes com estenose associada a sintomas mínimos, e dilatação anal nos demais, exceto nos pacientes com alterações perianais graves, onde será realizada excisão retal. *René Ramos Pinheiro.*

• • •

Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE - Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation. Gut, 1988; 29: 969-973.

A constipação idiopática grave afeta predominantemente mulheres jovens. Os autores avaliaram os resultados da colectomia em 44 pacientes sem megacólon e com frequência média de evacuação de uma vez a cada quatro semanas. As cirurgias foram realizadas em um único hospital ao longo de 15 anos, sendo realizada a ceco-reto-anastomose (11) e a íleo-retoanastomose (33). Após a operação, 22 pacientes tinham hábito intestinal normal,

17 tinham diarreia (mais de três evacuações por dia) e cinco persistiram com constipação ou vieram a apresentar recidiva. Muitos pacientes persistiram com dor abdominal, a principal queixa associada à constipação (98% pré-operatório vs. 71% pós-operatório). O esforço à evacuação e o uso de laxantes eram comuns no pós-operatório. Dez pacientes necessitaram de tratamento psiquiátrico para problemas emocionais graves. As alterações funcionais pré-operatórias, como a contração paradoxal do assoalho pélvico ao esforço evacuatório e a dificuldade de eliminar um balão intra-retal, que simula a evacuação, não se correlacionaram com o resultado do tratamento. *Paulo Alves Arruda.*