

Trabalho apresentado no 44º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, sob a forma de Tema Livre.

RAIMUNDO PESSOA VIEIRA, TSBCP

PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA - EXPERIÊNCIA INICIAL

G.L. BALBINOT
L.P. CARVALHO, FSBCP
F.F. DINIZ, TSBCP
MALLMANN A.C.M., TSBCP

BALBINOT GL, CARVALHO LP, DINIZ FF & MALLMANN ACM - Proctocolectomia restauradora - Experiência inicial. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(1): 37-40

RESUMO: Estudamos 13 pacientes submetidos à Proctocolectomia Restauradora (PCR) com bolsa ileal em "J". A idade dos pacientes variou de 22 a 56 anos (média de 39 anos), sendo sete do sexo feminino. A indicação cirúrgica foi retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) em 10 casos, polipose adenomatosa familiar (PAF) em dois casos e um caso após anastomose ileo-retal complicada. Todos apresentavam, no pré-operatório, boa função esfinteriana. Os pacientes foram avaliados no pós-operatório imediato, três meses, seis meses e 12 meses após o fechamento da ileostomia. Apenas um paciente apresentou soiling noturno. A média do número de evacuações nas 24 horas diminuiu no decorrer do tempo, sendo de sete evacuações no pós-operatório imediato e 4,4 após 12 meses. As complicações precoces vinculadas à PCR ocorreram em dois pacientes (15,4%) que foram: deiscência parcial da anastomose íleo-anal com posterior abscesso pélvico e um caso de peritonite por perfuração espontânea de íleo. As complicações tardias ocorreram em quatro pacientes (30,8%), sendo três casos de obstrução intestinal por bridas e um caso de fístula bolsa-vaginal. A mortalidade foi zero. Concluímos que a PCR, apesar da alta morbidade, é o procedimento de eleição para os pacientes portadores de RCUI e PAF, com bons resultados funcionais, baixa mortalidade e melhor qualidade de vida.

UNITERMOS: proctocolectomia restauradora; complicações; resultados

Até o final da década de 1970, a cirurgia de eleição para RCUI era a proctocolectomia com ileostomia definitiva. Nesta época, Parks e Nicholls contribuíram no avanço técnico do tratamento cirúrgico da RCUI e polipose familiar associando uma bolsa ileal à proctocolectomia com anastomose íleo-anal, criando um reservatório com a finalidade de aumentar a capacidade de armazenamento e diminuir o número de evacuações. O objetivo deste estudo é avaliar a experiência inicial dos autores com a proctocolectomia restauradora e analisar os resultados funcionais e complicações.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudamos 13 pacientes submetidos à proctocolectomia restauradora, associada à bolsa ileal em "J", no período de junho/1991 à janeiro/1995.

A idade média foi de 38 anos (22 a 56 anos), sendo sete do sexo masculino, e seis do feminino.

As indicações para a cirurgia foram RCUI em 10 pacientes, polipose familiar em dois pacientes e reconstrução do trânsito intestinal após colectomia total com íleo reto anastomose complicada por perfuração de reto em um paciente.

Ileostomia em alça foi realizada em todos os pacientes e fechada após um período médio de 2,5 meses. O fechamento era realizado após confirmação clínica e radiológica da integridade da bolsa e anastomose íleo-anal.

Em oito pacientes a bolsa ileal foi confeccionada com sutura mecânica e em cinco manualmente. A anastomose bolsa íleo-anal foi realizada manualmente em 11 casos e com sutura mecânica em dois casos.

Avaliação da continência pré-operatória, com história clínica e toque digital, foi realizada em 10 pacientes e em três pacientes foi também utilizado a manometria anorretal. No pós-operatório, 10 pacientes foram avaliados com manometria anorretal.

Os pacientes foram estudados quanto a resultados funcionais, morbi-mortalidade, frequência de evacuações no pós-operatório imediato, três meses, seis meses e 12 meses após fechamento da ileostomia.

A técnica adotada foi a proposta por Utsonomia em 1980. A confecção da maioria das bolsas foi com sutura mecânica. As anastomoses íleo-anais foram realizadas com catgut cromado 3-0 com agulha 2,5 cm. A mucosectomia do coto retal foi feita em todos os pacientes submetidos a anastomose manual. Drenagem de sucção da pelve foi realizada de rotina, assim como cateterismo vesical até o 4º PO.

RESULTADOS

Resultados funcionais

A avaliação da continência no pré-operatório foi considerada normal em todos os pacientes. Manometria anorretal foi realizada em três pacientes no pré-operatório, e em 10 no

pós-operatório. A pressão de repouso (PR) média no pós-operatório foi de 76 cm de água. Em dois pacientes a PR encontrou-se diminuída, porém sem alteração da continência. Do total de 12 pacientes (um não realizou ainda o fechamento da ileostomia), 11 apresentavam continência total e um apresentou soiling noturno.

A frequência das evacuações foi avaliada no pós-imediato, três meses, seis meses e 12 meses após o fechamento da ileostomia. Ocorreu uma diminuição progressiva do número de evacuações de acordo com o tempo de cirurgia, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Evacuações (média) X tempo de cirurgia.

Tempo cirurgia	Evacuações diárias	Evacuações diurnas	Evacuações noturnas
Imediato	7	4,6	2,4
Três meses	6	4,3	1,7
Seis meses	5	3,5	1,5
12 meses	4,4	2,8	1,6

Não houve alteração sexual em nenhum paciente.

Morbi-mortalidade

Não houve mortalidade pós-operatória.

Complicações relacionadas a ileostomias ocorreram em 25% dos casos, sendo um caso de infecção de FO, uma fístula entero-cutânea após fechamento da ileostomia com cicatrização espontânea após duas semana e uma retração da ileostomia (Tabela 2).

Tabela 2 - Complicações da ileostomia.

	Número	Porcentagem
Retração	1	7,7
Fístula	1	7,7
Infecção FO	1	7,7
Sem complicações	10	76,9
Total	13	100

Complicações relacionadas especificamente à proctocolecotomia restauradora foram divididas em imediatas (até 30 dias após cirurgia) e tardias. Ocorreram três complicações imediatas em dois pacientes (16,6%), sendo uma deiscência parcial da anastomose íleo-anal com posterior abscesso pélvico e um caso de peritonite pós-perfuração do íleo (Tabela 3).

Tabela 3 - Complicações imediatas.

	Número	Porcentagem
Deiscência anastomose	1	7,7
Peritonite	1	7,7
Sem complicações	11	84,6
Total	13	100

Complicações tardias ocorreram em quatro pacientes, sendo uma fístula bolsa-vaginal após fechamento da ileostomia que foi tratada com nova ileostomia e fechamento espontâneo após dois meses e três casos de obstrução intestinal, num total de 33,3% (Tabela 4).

Tabela 4 - Complicações tardias.

	Número	Porcentagem
Fístula bolsa-vaginal	1	7,7
Obstrução por bridas	3	23,1
Sem complicações	9	69,2
Total	13	100

Nenhuma bolsa precisou ser removida e todos os anatomopatológicos das peças cirúrgicas confirmaram o diagnóstico pré-operatório.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nos últimos 15 anos as opções para o tratamento cirúrgico de doenças tais como RCUI e polipose familiar, que necessitavam de cirurgias mutiladoras ou não curativas, tiveram uma grande evolução com a introdução da proctocolecotomia restauradora, que oferece possibilidade de cura com melhor qualidade de vida.

Em nosso meio ainda convivemos com resistência médica para o tratamento cirúrgico, especialmente da RCUI, levando à postergação da cirurgia e suas conseqüências como a corticoterapia prolongada, desnutrição acentuada, complicações clínicas, etc.

A seleção dos pacientes é importante e passa por diversas fases que incluem como critério de seleção desde a idade do paciente, que quando avançada não é uma contra-indicação absoluta (Dozois⁽¹⁾ 1985, Stryker⁽²⁾ 1985, Lewis⁽³⁾ 1993), assim como em pacientes jovens (Telander⁽⁴⁾ 1990, Odigwe⁽⁵⁾ 1987); avaliação da função esfinteriana; cirurgia esfinteriana prévia; fase reprodutiva; diagnóstico diferencial com outras patologias tais como, doença de Cröhn⁽⁶⁻¹¹⁾, doença desmóide⁽¹²⁾ e tumor de terço inferior de reto⁽¹²⁾ (que são diagnósticos de exclusão).

A técnica utilizada por nós para confecção do reservatório foi a bolsa ileal em "J" preconizada por Utsonomia⁽¹³⁾ que nos parece de confecção mais fácil e com resultados funcionais semelhantes as demais⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

A bolsa ileal foi suturada manualmente em cinco casos e mecanicamente em oito casos. A anastomose bolsa íleo-anal foi realizada com sutura mecânica em dois casos e manualmente em 11 casos. À medida que a sutura mecânica tornou-se disponível em nosso meio, vem sendo cada vez mais utilizada, principalmente na sutura da bolsa, com resultados semelhantes à sutura manual⁽¹⁷⁾.

Todos os pacientes tiveram ileostomia em alça temporária (média de 2,5 meses) embora autores com grande casuística selecionem casos em que dispensam tal procedimento de proteção⁽¹⁸⁻²²⁾.

A avaliação da continência esfinteriana pré-operatória foi realizada por exame digital em 10 pacientes. Com a dis-

ponibilidade da manometria anorretal em nosso serviço, os últimos três casos foram também estudados com este método. A continência pré-operatória foi considerada total em todos os pacientes. A continência dos 12 pacientes que tiveram seu trânsito restituído (o último ainda permanece com ileostomia) foi total em 11 casos, apenas um apresentando soiling noturno (8,9%). Dez pacientes foram avaliados manometricamente no pós-operatório. A PR média foi de 76 cm água. Em dois pacientes a PR foi diminuída, sem alterações da continência, o que concorda com os dados da literatura⁽¹⁷⁻²⁶⁾, que demonstraram com estudos comparativos, pré e pós-operatório, diminuição da PR após a cirurgia. A média da frequência de evacuações no pós-operatório imediato foi de 7,0 evacuações nas 24 horas, observando uma diminuição progressiva com o passar do tempo.

A complicação mais grave de nossa casuística foi uma deiscência parcial da anastomose íleo-anal (7,7%) que exigiu ressutura da mesma e duas laparotomias para tratar a sepse pélvica. Em séries com casuística maior, esta percentagem é semelhante⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Fístula bolsa-vaginal ocorreu em um caso onde a sutura íleo-anal foi realizada mecanicamente. Em uma série do Hospital São Marcos, de 155 mulheres, 7,8% apresentaram fístula bolsa-vaginal na anastomose manual e 15% na sutura mecânica^(17,30).

Obstrução intestinal foi a complicação mais freqüente, ocorrendo em três casos (23%).

A morbidade é alta em nossa série (46,2%) e na literatura varia de 13 a 54%⁽³¹⁻³⁵⁾. No entanto, apesar de sua complexidade técnica, a mortalidade é muito baixa: 0% em nossa série e 0 a 1% na literatura^(34,36-41).

Concluimos que a proctocolectomia restauradora com bolsa ileal em "J" é o procedimento de eleição para os pacientes portadores de RCUI e PAF com indicação cirúrgica radical, pois apesar da morbidade relativamente alta apresenta mortalidade muito baixa, resultados funcionais excelentes e com boa qualidade de vida⁽⁴²⁻⁴⁵⁾.

BALBINOT GL, CARVALHO LP, DINIZ FF & MALLMANN ACM -

SUMMARY: Thirteen patients were submitted to restorative proctocolectomy (RP) with "J" ileal pouch. The patients age ranged from 22 to 56 years (mean 39 years) and gender distribution was 7 females and 6 males. Indications for surgery were Ulcerative Colitis (RCUI) in 10 patients. Familial Adenomatous Polyposis (FAP) in 2 and after ileorectal anastomosis in 1. All patients were continent preoperatively. The patients were evaluated immediately and in 3, 6 and 12 months after ileostomy closure. Only 1 patient had nightly soiling postoperatively. The mean daily evacuations were 7 immediately and 4.4 year after ileostomy closure. There was ileoanal anastomosis leak and 1 peritonitis for ileal perforation in early postoperative period (15.4%). Late complications were 3 small bowel obstructions and 1 ileovaginal fistula (30.8%). There were no deaths. In conclusion, RP is the best surgical option for patients with RCUI and FAP. Functional results are good, the mortality rate is low and gives the patients a good quality of life in spite of high morbidity.

KEY WORDS: restorative proctocolectomy; results; complications

REFERÊNCIAS

1. Dozois RR. Ileal "J" pouch-anal anastomosis. *BR J Surg* 1985; 72: 580-582.
2. Stryker SJ, Daube JR, Kelly KA et al. Anal sphincter electromyography after colectomy, mucosal rectectomy and ileo anal anastomosis. *Arch Surg* 1989; 120: 713-716.
3. Lewis WG, Sagar PM, Holdsworth PJ, Axon AT, Johnson D. Restorative proctocolectomy with end to end pouch anal anastomosis in patients over the age of fifty. *Gut* 1993; 34: 948-952.
4. Telander RL, Spencer M, Perrault J, Telander D, Zinsmeister AR. Long term follow-up of the ileo anal anastomosis in children and young adults. *Surgery* 1990; 108: 717-725.
5. Odigne L, Sherman PM, Fillerr R, Shandling, Wesso D. Straight, ileo anal anastomosis and ileal pouch anal anastomosis in the management of idiopathic ulcerative colitis and familial polyposis coli in children: follow-up and comparative analysis. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1987; 6: 426-427.
6. Deutsch A, McLeod RS, Cullen J, Cohen Z. Results of the pelvic pouch procedure in patients with Cröhn's disease. *Dis Col rect* 1990; 34: 475-477.
7. Nicholls RJ. Restorative proctocolectomy with various types of reservoir. *World J Surg* 1987; 11: 751-762.
8. Grobber S, Affice G, Keighley MRB, Thompson H. Outcome in patients with restorative proctocolectomy and a suspected diagnosis of Cröhn's disease. *Br J Surg* 1991; 78: 729.
9. Hyman NH, Fazio VW, Tuchson WB, Lavery IC. The consequences of ileal pouch anal anastomosis for Cröhn's Colitis. *Dis Col Rect* 1991; 34: 653-657.
10. Wexner SD, Wong WD, Rothenburger DA, Goldberg SM. The ileo anal reservoir. *Am J Surg* 1990; 159: 178-185.
11. Myruold HE, Koch NG. Continent ileostomy in patients with Cröhn's disease. *Gastroenterol* 1981; 80: 1237-1239.
12. Taylor BA, Wolff BG, Dozois RR, Kelly KA, Pemagrton JH, Beart RW. Ileal pouch anal anastomosis for chronic ulcerative colitis and familial polyposis coli complicated by adenocarcinoma. *Dis Col Rect* 1980; 31: 358-362.
13. Utsunomiya AJ, Iwana T, Imajo M, Matsou S, Samai S, Yalgashi K, Hirayama R. Total colectomy mucosal proctectomy and ileo anal anastomosis. *Dis Col Rect* 1980; 23: 459-466.
14. McHugh SM, Diamant NE, McLeod R, Cohen Z. "S" pouches vs "J" pouches. A comparison of functional outcome. *Dis Col Rect* 1987; 30: 671-677.
15. Keighley MRB, Yoshioka H, Kwiot W. Prospective randomised trial to compare the stapled double lumen pouch and the suture quadruple pouch for restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1988; 75: 1009-1011.
16. Everett WG. Experience of restorative proctocolectomy with ileal reservoir. *Br J Surg* 1989; 76: 77-87.
17. Nicholls J, Bartolo D, Montensen N. Restorative proctocolectomy. 1ª published, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1993.
18. Wexner SD, Taranow DA, Johansen OB. Loop ileostomy is a safe option for fecal diversion. *Dis Col Rect* 1993; 36: 349-354.
19. Monschenson et al. Factors favoring continence, the avoidance of a diverting ileostomy and small intestinal conservation in the ileo anal pouch operation. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 17-26.
20. Launer DP, Sachier JM. Pouch anal anastomosis without diverting ileostomy. *Dis Col Rect* 1991; 34: 993-998.
21. Kwiot WA, Keighley MRB. Totally stapled abdominal restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1989; 76: 961-964.
22. Sugerma HJ, Newsome HH, Decosta G, Zpass Am. Stapled ileo anal anastomosis for ulcerative colitis and familial polyposis without a temporary diverting ileostomy. *Ann Surg* 1991; 213: 606-619.
23. Pescatori M, Parks HG. The sphincteric and sensory components of preserved continence after ileo anal reservoir. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 158: 517-521.
24. Hatakeyama K, Yamai K, Muto T. Evaluation of ileal "W" pouch anal anastomosis for restorative proctocolectomy. *Int J Colorectal Surg* 1989; 4: 150-155.
25. Scott NA, Pemberton JH, Barkel DC, Wolff RG. Anal and ileal pouch manometric measurements before ileostomy closure are related to fun-

- cional outcome after ileal pouch anal anastomosis. *Br J Surg* 1989; 76: 613-616.
26. Lindquist K. Anal manometry with microtransducer technique before and after restorative proctocolectomy. *Dis Col Rect* 1990; 33: 91-98.
 27. Williams NS, Johnston D. The current state of mucosal proctectomy and ileo anal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1985; 72: 159-168.
 28. Scott NA, Dozois RR, Beart RW, Penberton JH, Wolff BG, Ilstrup DM. Postoperative intra-abdominal and pelvic sepsis complicating ileal pouch anal anastomosis. *Int j colorectal Dis* 1988; 3: 149-152.
 29. Habr-Gama A, Teixeira MG, Brunetti Netto C, Souza HHS, Alves PRA, Vieira MJF, Pinotti WH. Proctocolectomia total com anastomose ileal em "J" para tratamento de retocolite ulcerativa. *Rev bras Colo-proct* 1993; 13: 100-105.
 30. Graon JS, Nicholls RJ, Hawley PR, Philips RKS. Pouch-vaginal fistula. *Br J Surg* 1993; 80: 936-940.
 31. Williams NS, Johnston D. The current state of mucosal proctectomy and ileo anal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1985; 72: 159-168.
 32. Nasmith DG, Williams NS, Johnston D. Comparison of the function of triplicated and duplicated pelvic ileal pouch anastomosis for ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1986; 73: 361-366.
 33. Harms BA, Hamilton JW, Yamamoto DT, Starling JR. Quadruple loop ("W") ileal pouch reconstruction after proctocolectomy: analysis and function results. *Surgery* 1989; 102: 561-567.
 34. Morgan RA, Manning PB, Coran AG. Experience with the straight endorectal pullthrough for the management of ulcerative colitis and familial polyposis in children and adults. *Ann Surg* 1987; 206: 595-599.
 35. Pemberton JH, Kelly KA, Beart RW, Dozois RR, Wolff BG, Ilstrup Dm. Ileal pouch anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: long term results. *Ann Surg* 1987; 206: 504-513.
 36. Cohen Z, McLeod RS, Stern H, Grant D, Nordgren S. The pelvic pouch and ileo anal anastomosis procedure: Surgical technique and initial results.
 37. Nicholls RJ, Pezim ME. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: A comparison of three reservoir designs. *Br J Surg* 1985; 72: 470-474.
 38. Becker JM, Raymond JL. Ileal-pouch anal anastomosis: a single surgeon's experience with 100 consecutive cases. *Ann Surg* 1986; 204: 375-381.
 39. Nasmyth DG, Williams NS, Johnston D. Comparison of the function of triplicated and duplicated pelvic ileal reservoir after mucosal proctectomy and ileo anal anastomosis for ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1986; 73: 366.
 40. Schoetz DJ, Collier JA, Veirenhheimer MC. Ileo anal reservoir for ulcerative colitis and familial polyposis. *Arch Surg* 1986; 121: 404-409.
 41. Penbemos JH, Kelly RA, Beart RW, Dozois RR, Wolff BG, Ilstrup DM. Ileal pouch anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: long term results. *Ann Surg* 1987; 206: 504-513.
 42. Cohen Z, Grant DR, McHugh S, McLeod RS, Stern H. Restorative proctocolectomy: clinical results and manometric findings with long and short rectal cuffs. *Br J Surg* 1985; 72: 128.
 43. Lavery IC, Tuckson WB, Easley KA. Internal and sphincter function after total abdominal colectomy and stapled ileal pouch anal anastomosis without mucosal proctectomy. *Dis Col Rect* 1989; 32: 950.
 44. Raviths MM, Sabiston DC. Anal ileostomy with preservation of the sphincter: a proposed operation in patients requiring total colectomy for benign lesions. *Surg Gynecol Obstet* 1947; 84: 1095.
 45. Skarsgard ED, Atkinson KG, Bell GA, Pezin ME, Seal AM. Function and quality of life results after ileal pouch surgery for chronic ulcerative colitis and familial polyposis. *Am J Surg* 1989; 157: 467.

Endereço para correspondência:

GL Balbinot
Av. Bagé, 690/302
90460-080 - Porto Alegre - RS