

## COLITE ULCERATIVA — TRATAMENTO

J. C. Goligher<sup>1</sup>

Senhoras e Senhores: em primeiro lugar, quero dizer que é com grande prazer que volto ao Brasil, onde tenho tantos amigos cujo trabalho cirúrgico tanto admiro e onde ocasionalmente os senhores têm alguma coisa que tanto falta na Inglaterra, mas que não tem estado muito em evidência desde que aqui cheguei e que é um clima quente, sem chuva e com muito sol. Vamos torcer para que eu tenha mais sorte amanhã e depois.

Devo falar sobre colite ulcerativa e seu tratamento cirúrgico que, segundo entendo, não é muito comum no Brasil. Estou muito agradecido pela oportunidade que estão me dando de falar sobre o assunto porque acontece ser um dos meus principais interesses. Acredito que já operei mais de 1.000 pacientes portadores dessa doença, que é muito comum na Grã-Bretanha. Devo mencionar que existe algo muito parecido com a colite ulcerativa que é a doença de Crohn, no intestino grosso e que é ainda mais comum na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos. Então, são duas condições muito parecidas, mas que como regra geral podem ser distinguidas. Todos os meus comentários desta tarde versarão sobre a colite ulcerativa e quero lhes falar, em primeiro lugar, de todos os tratamentos cirúrgicos de eleição para esta doença.

Eis aqui as operações de que dispomos para o tratamento da colite; todas envolvem, de formas diferentes, a remoção do intestino doente. A primeira delas, a ileostomia e proctocolectomia, significa a remoção de todo o intestino grosso, termi-

nando com uma ileostomia. Esta é a operação que vem sendo mais usada ao longo destes últimos 25 ou 30 anos. E é uma operação muito lógica e remove todo o tecido enfermo. É uma operação que muitos cirurgiões podem realizar com bastante facilidade em países como a Inglaterra e os Estados Unidos. Essa operação é muito comum, com técnicas bastante desenvolvidas e o grau de mortalidade é atualmente bastante baixo. Um obstáculo que havia em determinado estágio era que se você não fosse suficientemente cuidadoso na remoção no reto, poderia danificar os nervos autonômicos ligados às funções vesiculares e, mais importante ainda, de certa forma, criar problemas com as funções sexuais. Lembrem-se que muitos pacientes são jovens e qualquer interferência com as funções sexuais é uma grande desvantagem para qualquer cirurgia.

Mas, se você, ao remover o reto, se mantiver bem próximo da parede retal, então esse perigo pode ser evitado. Mas, existe um outro obstáculo para essa operação, a ileostomia que, aos olhos do paciente é altamente negativa. Eu devo dizer que ultimamente se está dando muita atenção à técnica

Palestra proferida durante o Curso de Atualização em Cirurgia Colorretal no 33º Congr. Bras. Colo-Proct., de 4 a 7 de setembro de 1983 em Campinas — SP.

<sup>1</sup> Prof. em Cirurgia Universidade de Leeds, F.R.C.S. — Inglaterra

ca da ileostomia, com o aparecimento de novos equipamentos e estoma-terapeutas para aconselhar os pacientes.

Usamos as ileostomias, segundo a técnica de reversão — onde fixamos a sutura evertida à pele. Ao usarmos esse tipo de técnica, podemos diminuir muito as possíveis complicações.

Usamos várias próteses para a ileostomia, o *Hollyster*, a coloplastia e outra muito popular, que é a aparelhagem de Surgicare System, fabricado pela Squibb.

Todos esses melhoramentos permitiram que o paciente lide com a sua ileostomia de maneira bastante razoável, quaisquer que tenham sido os seus medos e desconfianças iniciais, ao saberem que precisavam se submeter a esse tipo de cirurgia. Apesar disso, esses pacientes são jovens e é muito natural que queiram evitar uma ileostomia e a necessidade de evitar a utilização de equipamentos externos, ou de ter que usar uma "bolsa", como eles dizem.

Este é o motivo por que estamos ansiosos para tratar de outras operações, conforme mencionei, embora apresentem obstáculos. Eu posso dizer aos senhores que ultimamente tem revivido o grande interesse nesses outros procedimentos cirúrgicos e uma maior receptividade à idéia de que algumas vezes podemos evitar a ileostomia satisfatoriamente.

Então, podemos mencionar a ileostomia continente ou a ileostomia de reservatório, que ainda envolve uma proctocolectomia, mas ao invés de fazer uma ileostomia incontinente convencional, nós realizamos um tipo especial de ileostomia na qual se coloca uma bolsa interna. Este tipo é supostamente continente e só se esvazia ao se introduzir um tubo. Eu estou programado para fazer uma palestra amanhã sobre a ileostomia de reservatório, de modo que não vou falar mais sobre isso agora, a não ser de que constitui uma das possíveis alternativas que evita que o paciente tenha que usar qualquer dispositivo externo. O paciente faz a ileostomia mas não precisa carregar uma bolsa. Entretanto, me parece que o interesse por este método está diminuindo na proporção em que aumenta o interesse pela utilização de métodos que conservam as funções anais e, assim, passemos para a próxima operação que é a anastomose ileorretal.

Bem, eu estou um pouco embaraçado em falar sobre esse assunto porque os senhores ouviram a eloqüente palestra do meu amigo Indru Khubchandani esta manhã, mas tenho que falar alguma coisa sobre o assunto. Talvez eu enfoque o assunto de maneira um pouco diferente da dele.

Aqui está a operação e eu quero enfatizar que, quando se faz esta operação, é bastante desejável

que se mantenha uma quantidade razoável do reto e isto quer dizer manter todo o reto até a junção retossigmoideana que fica cerca de 25 cm da borda do ânus, porque dessa maneira, os senhores terão um reservatório para as fezes e isto faz com que as funções sejam favorecidas. De certa maneira, seria melhor remover a maior parte do reto, mas isto dificulta as funções físicas e também a anastomose. Outra vantagem é que se os senhores conservarem essa quantidade de reto — e não mais do que isso — todo esse reto poderá depois ser examinado por meio de um sigmoidoscópio rígido, o que é muito importante na fase pós-operatória, caso se queira fazer um bom acompanhamento e também colher material para biópsia da mucosa doente. Este é um importante aspecto técnico, fazer a linha de divisão no alto do reto, pelo menos é o que penso.

Não vou dizer nada sobre a técnica da operação, é uma cirurgia intestinal direta com anastomose, tanto por meio de sutura manual ou com grampeador, como os senhores preferirem.

Agora, esta operação, que difere da que mencionei anteriormente, ileostomia e proctocolectomia, por ser totalmente ilógica, uma vez que mantém e usa o intestino doente. Na colite, o reto quase sempre está totalmente envolvido e se os senhores fizerem esta operação, estão mantendo uma parte da doença e isto me parece ser um convite a futuros problemas. Mas, na realidade, é incrível como alguns desses pacientes se saem bem. Os senhores ouviram o Dr. Khubchandani esta manhã dizer como alguns pacientes se dão bem com essa operação. Mas nem todos conseguiram os bons resultados que ele conseguiu e talvez o seu relatório falhe um pouco por ele estar misturando a doença de Crohn com a colite.

Naturalmente, eu estou me referindo exclusivamente a pacientes com colite, mas sem dúvida ele obteve muito bons resultados, tão bons quanto os de Allet que é o expoente máximo nesse tipo de operação.

Outro cirurgião, Jones, em Aberdeen, também obteve bons resultados. Outros não são tão bons e acumulam grande número de fracassos. Esse cirurgião mencionado pelo Dr. Khubchandani, Dr. Hughes, e um cirurgião muito bom, em Melbourne, Sir Edward Hughes que, incidentalmente, é um ex-assistente meu, é um cirurgião muito bom e não somente pela razão que mencionei, bem, Hughes é um defensor dessa operação. E, durante muitos anos, ele vem afirmando ser essa a melhor operação em casos de colite, mas também confessou ultimamente que, num acompanhamento durante um período de 15 anos, 45% dos seus pacientes voltaram a ter problemas e tiveram que se submeter a

uma ileostomia. Bem, isso não parece ser muito bom, mas por outro lado, podemos dizer que mais de 50% dos pacientes não tiveram que chegar a uma ileostomia, ou somente o fizeram depois de muitos anos. Então, ele pode defender o seu ponto de vista, dizendo que seus resultados não são tão maus.

Outro ponto importante mencionado pelo Dr. Khubchandani foi o risco de câncer. Como os senhores sabem, ou pelo menos já leram a esse respeito, a colite ulcerativa predispõe ao desenvolvimento do câncer ao longo do tempo, isto é, depois de 10 ou 15 anos. Se os senhores deixarem um paciente com um reto doente por esse período de tempo, podem esperar que alguns deles venham a ter câncer. Bem, durante algum tempo, Stan Allet e eu temos debatido esse problema, em várias reuniões, e ele defende o ponto de vista de que não há risco de câncer e eu digo "Bem, não estou tão certo". Recentemente, um de seus antigos assistentes que acompanhou todos os casos, durante um período de 2 a 26 anos reportou que em 376 casos, aproximadamente 6% tiveram câncer. Isto quer dizer que definitivamente há um risco envolvido. Além disso, nesses 6%, nada menos que 4% morreram ou estavam para morrer devido ao grau de malignidade ou ao desenvolvimento da doença.

Bem, eu reconheço que um risco de 4% de óbitos devidos a câncer constitui uma grande desvantagem para uma operação. Acho que se essa é realmente a posição, então, essa operação não seria tão aceitável. Incidentalmente, embora Hughes, de Melbourne, tenha em certo período afirmado que não havia risco de câncer, conforme o Dr. Khubchandani mencionou esta manhã, em um relatório mais recente, já admite que o acompanhamento desses casos não foi muito perfeito e que realmente eles agora têm de 12 a 16% de casos de câncer no coto retal. Então, é um perigo.

Mas existe uma maneira de se lidar com esse problema, caso os senhores queiram fazer uso dessa cirurgia, isto é, fazendo uso regular de biópsias no reto. Com isto eu não estou falando em *uma* biópsia, mas em seis ou sete em todo o reto restante. Esta é a razão porque se deve deixar o máximo possível de reto, de modo que as biópsias posteriores possam ser feitas com mais facilidade. E, embora atualmente com o sigmoidoscópio flexível possa se chegar muito mais adiante do que com o instrumento rígido, é muito conveniente fazer com este último. Então, os senhores podem fazer biópsias com um intervalo regular de 12 meses e se encontrarem qualquer sinal de displasia epitelial mais grave, detectada por um bom patologista, deve ser feito um exame severo a cada

dois ou três meses e se o resultado ainda for positivo, então, o paciente deve ser encorajado a remover todo o reto. Creio que se essa política for adotada, então, é possível continuar a realizar esse tipo de cirurgia.

Em que tipo de pacientes deve ser feita essa operação? Bem, pessoalmente eu tenho utilizado em pacientes que apresentam modificações pequenas no reto e modificações não muito severas na mucosa. Um ponto muito importante também é que a camada muscular do reto não deve ser fibrosada, deve ser macia e elástica a fim de que possa se expandir para formar um reservatório e ter um bom funcionamento.

Se esta capa estiver rígida, então a operação não é aconselhável.

O terceiro ponto é que o paciente deve se conscientizar de que deve ter um acompanhamento regular e voltar ao médico para fazer as biópsias. Se você não tiver certo disso, também deve hesitar em realizar essa operação. O último ponto é que o paciente deve ter conhecimento de que essa operação pode resultar em fracasso e que constitui um risco calculado, pode dar bom resultado ou pode fracassar. Ele não deve ser levado a acreditar que a cura é certa. Devo reconhecer que 25 a 30% dos pacientes que me chegam às mãos para a cirurgia — cirurgia eletiva — são considerados por mim como candidatos razoáveis à cirurgia. Mas outros cirurgiões são mais liberais, como creio ser o Dr. Indru Khubchandani.

Então, isto é o que eu tinha a dizer sobre colectomia e anastomose ileorretal. Agora, passemos para esta outra cirurgia que é de certa maneira, uma cirurgia muito antiga: colectomia com proctectomia proximal total e proctectomia da mucosa distal, com ou sem bolsa no íleo. Esta é a operação como era realizada originalmente pelo cirurgião alemão Rudolf Niessen, mais conhecido pelo seu trabalho nas hérnias de hiato; mas, ele somente realizou uma operação que recebeu um pequeno comentário de seis linhas no Zentralblatt für Chirurgie, em 1932 e Rabitch reportou essa operação, de forma mais extensa, por volta de 1946 e a maior parte das pessoas se reporta a ela como a operação de Rabitch.

A idéia de Rabitch é que os terminais nervosos ligados ao reto se localizam na capa muscular e não na mucosa. Então, se os senhores tiram a mucosa, mas deixam a capa muscular, então tudo leva a crer que o paciente terá sensações normais e, naturalmente, retendo o esfíncter para que possa ter uma continência normal. Várias pessoas, ao fazerem estas operações, desistiram da ileostomia em alça para torná-la mais segura. Bem, essa era a idéia de Rabitch mas, na realidade, quando essa

cirurgia foi realizada em 1946/47 — e eu realizei umas quantas — os pacientes tinham uma diarreia tão intensa que freqüentemente não podiam controlar, especialmente durante a noite quando tinham uma certa incontinência; com isso, depois de algumas semanas, as pessoas se sentiam muito desgostosas e a tendência era a de se submeter a uma ileostomia permanente. Mas, me parece ter sido uma pena que não dispuséssemos de um bom agente antidiarréico, como o Lomotil e o Imosec e, também de que os pacientes não tenham tido um pouco mais de capacidade de sofrer porque estou certo de que se esses pacientes tivessem conseguido esperar um período maior, talvez uns sete meses, vários deles teriam readquirido as suas funções normais, ou pelo menos, funções razoáveis.

Então, a operação saiu de moda e voltou, em 1978, trazida por Lester Martin, um cirurgião pediatra de Cincinnati que reportou vários casos com resultados encorajadores, embora tenha enfatizado que os pacientes literalmente sofreram no inferno durante as primeiras semanas e que, em muitos casos, a regularização das funções levou muito tempo. Na realidade, vários cirurgiões que voltaram a realizar essa operação preferiram incorporar um reservatório com a finalidade de melhorar a capacidade de retenção das fezes. Na verdade, quem primeiro usou essa técnica foi um cirurgião norte-americano, creio que foi em San Jose, California, mas infelizmente ele nunca publicou muito sobre os seus trabalhos e quando o fez, foi de forma tão compacta que a maior parte das pessoas teve dificuldade em compreender e acabou se desinteressando.

Mas, coube a outras pessoas o desenvolvimento de outras técnicas para a confecção de um reservatório. Então, essa é a situação atual referente a esse novo surto de interesse para a incorporação de um reservatório e poucos fazem a operação sem esse reservatório.

Entretanto, um relatório recente da Clínica Mayo, de Kelly, Birt and Desoit, apresentou uma comparação interessante entre as operações feitas sem o reservatório, em outras palavras, simplesmente a operação de Rabitch, e com o reservatório, onde podemos verificar que existe uma acentuada diferença nos resultados da função. Sem reservatório, no pós-operatório imediato, 20 movimentos por dia. Bastante impressionante! Com o reservatório, somente 11. Depois de seis meses, esses 20 foram reduzidos para 11 e os 11 passaram para 7. No que diz respeito a incontinência, houve alguma eventualmente de fezes, especialmente à noite. E os casos que foram considerados como fracassos são aqueles em que os pacientes

disseram: “Quero me livrar desta operação” alguns com essa operação, mas nenhum com esta. Isto parece indicar que existe alguma vantagem em incorporar um reservatório. O próprio Lester Martin recentemente começou a utilizar um reservatório e já reportou que os resultados funcionais são muito melhores com o uso do reservatório.

Mas os senhores devem ficar sabendo que várias dessas pessoas têm muita diarreia, especialmente nas primeiras semanas ou meses após a cirurgia e vários desanimam e não ficam motivados por essa operação. Parece que essa cirurgia é mais adequada para as pessoas jovens que querem desesperadamente evitar uma ileostomia e têm bastante tempo para se recuperarem. Para aqueles que já estão estabilizados na vida, que têm uma família para cuidar e querem voltar logo para o trabalho, bem, devem pensar duas vezes antes de se decidir.

Atualmente, existem duas maneiras de se realizar um reservatório: uma é com uma alça em forma de S, isto é, uma alça sigmóide e, do lado direito, duas anastomoses laterais; uma alça em forma de U, em forma de J, e uma única anastomose lateral. Os cirurgiões estão divididos sobre qual dessas duas técnicas é melhor. Se você vai fazer esta operação, é muito importante certificar-se, antes de começar a fazer o reservatório, de que o íleo é suficientemente longo para se esticar confortavelmente até o ânus. E se decidir utilizar a alça em forma de S, ou a alça sigmóide, então, verifique se os vasos não precisam ser divididos para aumentar o comprimento. Em geral, isso não se faz necessário, mas às vezes, sim.

Minha preferência atualmente recai sobre a técnica em forma de J que me parece ser mais fácil pegar esta parte do íleo, não no extremo, mas um pouco mais distante, e é mais fácil levar essa parte ao ânus do que levar o final do intestino. E se os senhores manipularem os vasos, ele poderá ser aumentado em cerca de 7 cm e assim fazer uma alça longa e relaxada que chega facilmente até o ânus.

Eu prefiro as suturas manuais da mesma forma que, quando dirijo um automóvel, prefiro o carro de mudança mecânica ao hidramático. Mas, se os senhores gostam de usar instrumentos, podem usar o grampeador GIA, é muito rápido, bastando fazer alguns orifícios e passar o grampeador; ao terminar os senhores terão uma anastomose lateral em toda a extensão. Esta é uma maneira muito rápida de fazer uma anastomose. A etapa seguinte é tirar a mucosa do que ficou do reto e existem duas maneiras de se fazer isso.

A primeira é começando pela parte de baixo, de uma maneira endocavitária, dentro do reto e ânus. Para isso, usamos um retrator. Em seguida,

se injeta solução de adrenalina na submucosa e empurra para cima e, finalmente, pode-se dissecar esta mucosa. Quando se realiza uma anastomose íleo-anal nos casos de colite, é muito importante que não se deixe nenhuma parte da mucosa. Esta dissecação deve ser realizada até a linha do pectíneo. Agora, vamos pegar o espéculo, para fazer o mesmo na parede lateral direita, giramos o espéculo e fazemos na parede anterior e, mais uma vez, giramos para fazer na parede lateral esquerda. Agora, a mucosa foi completamente removida. Então, esta é uma maneira de se realizar uma mucosectomia distal.

A outra maneira é a que implica em virar para fora a parte restante do intestino. Divide-se o reto ao meio, fecha com uma sutura e depois puxa-se a parte de dentro para fora, não inteiramente — vejam — não por completo, mas o suficiente para mostrar a mucosa por completo. Em seguida, injeta-se solução de adrenalina até a linha pectínea e tira-se fora a mucosa. Em seguida, divide-se a capa do músculo e deixa-se que esta parte volte ao seu lugar. Em seguida, no que diz respeito à terceira etapa da anastomose, pode-se fazer a anastomose de princípio ao fim, se usamos a alça em forma de S para o reservatório. Se se usou a alça em forma de J, usamos em primeiro lugar, pontos entre a serosa, a capa do músculo e o esfíncter interno. Depois, faz-se um rolo. Devo dizer que um ponto muito importante são as suturas perianais entre a pele perianal ou a borda anal e a pele perianal que fica a 5 cm de distância, pois isto abre bem o ânus para os senhores poderem trabalhar.

Como segurança aconselho fazer uma ileostomia derivativa de alça pois afinal de contas os senhores fizeram um reservatório, fizeram uma anastomose, uma anastomose bastante complexa e difícil, e eu acho que é uma imprudência permitir a passagem de fezes. Então, durante um período de dois meses, é conveniente interromper as funções da área por meio de uma ileostomia de alça, usando a técnica de Turnbull, onde se faz uma saída ativa e a outra recessiva. Usa-se um bastonete para segurar o intestino, prende um lado a bainha retal anterior e, em seguida, corta-se o intestino do outro lado e inverte e, dessa maneira, os senhores têm este estoma projetado, mas o outro lado não estará assim. Em seguida, pode-se prender este dispositivo no último bastonete e pode-se obter um bom controle. Esta é uma situação perfeitamente satisfatória.

Eu me lembro quando era um cirurgião muito jovem e recebemos a visita do Dr. Lahey no nosso hospital, na Inglaterra e uma das coisas que ele me disse foi que a ileostomia de alça é uma

coisa abominável, porque não pode ser administrada de maneira apropriada, não se pode adequá-la a algum dispositivo etc. Mas, se usarmos esta técnica, é possível fazer-se um arranjo satisfatório com uma ileostomia de alça, como um procedimento temporário. A idéia é que seja mantida por um período de dois a três meses, ou talvez um pouco mais se houver algum problema de natureza séptica com a anastomose.

Bem, eu já mencionei por alto quais são os tipos de resultados que se pode obter em termos funcionais, mas também devo acrescentar que os senhores poderão ter muitas complicações cirúrgicas depois dessas operações, como sépsis, algum grau de separação da anastomose ileorretal, mas com cuidado e paciência, é surpreendente como podem curar facilmente. E, como fizemos mais dessas operações, os resultados melhoraram.

Nossa série de pacientes não é muito extensa porque eu tenho sido muito cauteloso no que diz respeito a esta operação e existem vários problemas de natureza técnica. Mas agora, conforme vamos adquirindo novas idéias, estamos mais dispostos a realizá-las. Como disse, descobrimos que temos que incorporar um reservatório; em segundo lugar, descobrimos que você não precisa manter toda a capa do músculo retal. Originalmente, Rabitch e Lester Martin disseram que devíamos manter todo o reto, dissecar a mucosa em toda sua extensão. Bem, isso levava entre 3h30m e 4 horas e era uma dissecação muito tediosa, mas não há evidência que demonstre que a manutenção de todo esse reto melhore as funções. E há evidência que demonstra que a manutenção de 5 cm de borda anal, retirando a mucosa dessa parte, é o suficiente. Na verdade, o Dr. Upsonomia, eu e o Dr. Birt temos alguns casos em que retiramos a capa do músculo retal até o topo do canal anal e a função ficou bastante boa. Também aprendemos isso, mas não sabemos ainda se é o melhor tipo de reservatório para se fazer. Minha impressão, por motivos técnicos, é a favor da alça em forma de J e da anastomose lateral única, mas outros preferem a alça em forma de S.

Então, o que posso dizer sobre esta operação para concluir?

Tenho um caso de uma moça que eu operei há quatro anos atrás e quero dizer que desde então ela já teve dois filhos e está grávida de novo. Mas eu não tive coragem suficiente para deixar que ela tivesse filhos por via natural e prescrevi uma cesariana, o que foi feito e ela leva uma vida normal. Tenho várias outras nesse caso, mas nenhuma chegou a engravidar.

Então, o que posso dizer sobre esta operação? Posso dizer que acho que é um grande avanço, e

que não creio ser uma operação para todos os cirurgiões, como por exemplo se você só trata de um caso de colite por ano. É preciso que um cirurgião execute uma ampla série para desenvolver uma boa técnica e o mesmo se aplica à ileostomia de reservatório. Entretanto, não se aplica à colectomia e à anastomose ileorretal. É uma operação fácil e um dos seus atrativos é que você pode realizá-la, qualquer bom cirurgião pode realizá-la. Além disso, posso dizer que a função com anastomose ileorretal é muito melhor do que a função com o reservatório desde que a colite permaneça sob controle. Então, eu entendo quais são as vantagens da colectomia e anastomose ileorretal, mas esta é uma operação mais radical e não apresenta risco de câncer pois toda a mucosa foi removida.

Outro ponto que quero mencionar é como prepará-la em caso de você querer fazer esta operação? Bem, muitos pacientes que me chegaram às mãos provêm de outros centros, até mesmo do exterior e já foram submetidos a uma colectomia subtotal e ileostomia. Então, tudo o que lhes restou é o reto, o canal anal e uma ileostomia. Então, eu faço esta operação, mas antes disso, eu obtenho o espécimen que foi removido e o faço examinar por um bom patologista. E, como os senhores sabem, nem todos os patologistas são de grande valia para um cirurgião especializado em cirurgia colorretal. Alguns deles são incapazes de distinguir entre a doença de Crohn e a colite ulcerativa. Esses médicos não são como o Dr. Basil Morson que sempre — ou virtualmente, quase sempre — pode dizer que isto é uma coisa e isto é outra. Ele é o que eu chamo de patologista 'preto e branco', sem qualquer nuance de cinza, tudo sempre muito definitivo. Além disso, o Dr. Morson geralmente acrescenta um pequeno post-scriptum informando qual a operação indicada para cada caso. Então, eu gosto dos relatórios que ele me apresenta, são de grande utilidade e sou um grande admirador do seu trabalho. Mas, como dizia, é preciso que toda a peça retirada seja examinada por um bom patologista.

Além disso, sempre que possível realizamos biópsias com material colhido do reto que é remetido ao patologista, mas entendam que essas biópsias são muito superficiais o que às vezes leva a erros e confusão entre a doença de Crohn e a colite ulcerativa. Eu mesmo já cometi esse erro duas vezes, o que é muito sério. Os senhores devem evitar que tal fato aconteça porque esta operação não é adequada para a doença de Crohn. Então, por favor, tenham muito cuidado.

Quanto à realização, se você tem um caso que acabou de chegar às suas mãos, embora seja inte-

ressante tentar fazer e evitar uma ileostomia e uma colectomia subtotal, que é uma operação, depois fazer esta operação, que é outra, e depois fechar a ileostomia, que é uma terceira. É muito atraente fazer tudo de uma só vez com uma proctocolectomia e anastomose íleo-anal. Eu creio que mesmo que você tenha feito biópsias conoloscópicas e biópsias retais, é possível cometer um erro, é melhor fazer primeiro uma ileostomia e colectomia subtotal, entregar a peça para ser examinada por um bom patologista, depois fazer esta operação e, finalmente, fechar a ileostomia.

Bem, isto é tudo que eu queria dizer aos senhores sobre o tratamento eletivo da colite. Queria falar cinco minutos sobre as cirurgias de emergência, sobre os casos agudos de colite, aqueles que chegam nas nossas mãos como emergência — eles não vêm ao cirurgião, vêm ao clínico que começa a tratá-los, naturalmente, de maneira intensiva, o que quer dizer: esteróides, salasopirina possivelmente, mas com certeza com elevadas doses de esteróides, a hidrocortisona ou ACTH, com transfusões de sangue, infusões intravenosas e alimentação intravenosa, observando o paciente cuidadosamente. Aliás, é muito importante que o médico observe atentamente porque durante os casos agudos de colite, é comum o paciente desenvolver um megacólon tóxico e quando isto acontece, é sinal de que chegou a hora de suspender o tratamento clínico e passar para a cirurgia. Quando isto acontece, o médico deve pensar imediatamente na cirurgia, sem qualquer demora. A propósito, dificilmente os senhores poderão detectar o megacólon tóxico durante um ataque agudo de colite pela simples observação do paciente, porque geralmente não há muita distensão. A única maneira de detectar o megacólon tóxico é por meio de exames diários no raio-x.

Então, quando o paciente está sendo tratado dessa maneira pelo clínico este deve realizar exames de raio-x diários. E quando o médico encontrar um cólon dilatado, então, deve abandonar imediatamente o tratamento clínico. Mas, se o cólon não se dilatar, então o tratamento pode continuar durante uma semana; se, ao final desse período o paciente ainda apresentar sintomas agudos da doença sem sinais de retrocesso, então também deve-se partir para a cirurgia. Então, essas são as maneiras pelas quais o paciente deve ser levado à cirurgia durante a fase aguda, seja um caso de emergência ou após tratamento e observação atenta durante uma semana.

Bem, e que operação deve ser feita? O Dr. Turnbull, a quem eu já mencionei e por quem eu tinha grande admiração, dizia que era perigoso fazer uma colectomia quando o cólon estava dis-

tendido e aconselhava uma ileostomia de alça 'blow-hole', transversostomia ou técnica da sigmoidostomia. E publicou trabalhos onde reportava seus bons resultados. Mas, para ser honesto, eu creio que as únicas pessoas que fazem essa cirurgia é o pessoal da clínica do Dr. Turnbull. A maior parte dos cirurgiões acha que mais satisfatória é a colectomia subtotal e a ileostomia que mantém o reto. E se o paciente estiver muito doente, você traz o final do sigmóide como uma colostomia da mucosa, uma fístula mucosa. Se o paciente não estiver tão mal, você pode fechar o

final do reto por meio de sutura. Mas, esta é uma operação segura e a que deve ser feita pelo cirurgião mediano, em casos de um ataque agudo que exija uma cirurgia urgente, pois mantém o reto e é uma operação mais fácil, pois não necessita ressecar, preserva o reto que, se necessário, poderá ser retirado posteriormente, por meio de uma anastomose retal e íleo-anal.

Bem, esta é a minha filosofia no que diz respeito ao tratamento cirúrgico da colite ulcerativa e eu agradeço a paciência que tiveram em me ouvir. Muito obrigado.