

## PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES COM O USO DO GRAMPEADOR INTRALUMINAR NO CÂNCER DO RETO\*

*Stanley Goldberg (USA)*

O grampeador intraluminal tem sido usado por nós desde 1978 para o tratamento do carcinoma do reto médio. Temos reduzido a incidência de colostomias de 55% a 7%. A ressecção abdomino-perineal tem sido uma operação muito rara entre nós, quando lidamos com o carcinoma do reto médio, devido à introdução do grampeador intraluminal. Falaremos aqui a respeito de algumas complicações que nós enfrentamos e das técnicas que nós usamos, esperando que isso lhes ajude a usar esse instrumento.

Tentamos dividir as complicações em três tipos: mecânicas, técnicas e de indicações. São as três áreas, que eu acho, que nós deveríamos considerar. A primeira coisa que devemos fazer, quando pensamos na possibilidade de usar um grampeador, é estar preparados para usá-lo. Nós colocamos todos os nossos pacientes em posição de litotomia modificada, com cõxins embaixo das pernas. É preciso pensar nisso antes de começar a operação, e não no meio dela, e é importante também que as pernas tenham cõxins e que haja espaço entre as pernas para um terceiro cirurgião. Falaremos inicialmente sobre os problemas mecânicos os quais eram por certo mais freqüentes no período após o surgimento dos primeiros modelos.

Os aparelhos atuais têm sido bastante aperfeiçoados de forma que o problema mecânico já não é um problema significativo para nós, nem, tenho a certeza, para vocês. Se nós compararmos os dois grampeadores que estão no mercado hoje em dia (E.E.A e I.L.S.), veremos que o E.E.A., feito pela U.S. Surgical, de 31 mm dá uma anastomose de 21 mm. Isso significa que precisamos retirar o cartucho de 31 mm através de uma abertura de 21 mm.

Outro grampeador bastante usado é o de 29 mm tipo I.L.S. e esse dispositivo de 29 mm nos dá uma anastomose de mais ou menos 20 mm. Então, vê-se que com 2 mm de diferença no cabeçote perde-se muito pouco no tamanho da anastomose. Essa, eu acho uma das vantagens do dispositivo I.L.S. comparado com o E.E.A. Falaremos de outras vantagens mais tarde. Como disse, achamos que há pouca diferença na verdade entre essas duas marcas, mas o I.L.S. tem um ombro que não é muito duro em relação com o cabeçote, então quando usamos esse tipo de cabeçote, preferimos o I.L.S.; quanto ao E.E.A. apresenta este a vantagem de uma conformação curva, que nos permite usá-lo quando estamos operando com o reto não mobilizado.

Gostaríamos agora de abordar a realização da sutura em bolsa, porque nesta sutura, e sobretudo a sutura distal, é aonde nós encontramos mais freqüentemente problemas no uso do grampeador intraluminal.

A operação que fazemos hoje em dia é similar à mesma que temos feito durante muitos anos. Temos entretanto ultimamente utilizado uma incisão transversa. Em 85% dos casos, usamos esse tipo de incisão subumbilical e se o paciente precisar de uma colostomia, essa operação será feita sobre a incisão transversa. Em 15% das vezes, usamos a incisão vertical, também é importante para se fazer uma dissecação posterior ao

\* Conferência realizada no 34º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Rio de Janeiro, 1984.

reto. Em primeiro lugar nós fazemos a dissecação anterior usando uma melhor liberação do reto. Vocês verão que ao trabalhar no fundo de saco é mais fácil após a mobilização do reto de seu lugar.

A respeito da dissecação posterior, nós achamos que esta deva ser realizada de forma cuidadosa, de forma a reduzir-se o risco de uma hemorragia. Temos muito cuidado também com a ligadura dos vasos retais laterais e com os vasos acessórios hemorroidários médios. Nós achamos que esses vasos laterais devam ser ligados individualmente, não acreditamos como alguns cirurgiões que simplesmente fechando, a hemorragia acabará.

Achamos importante destacar que a decisão de emprego ou não dos grampeadores deva ser tomada somente após a liberação total do reto. Amiúde nós nos surpreendemos, depois de ter mobilizado o reto, ao ver que podemos ter uma margem adequada distalmente em relação ao tumor que nos permite restabelecer a continuidade, e como eu disse antes, nós conseguimos em pacientes portadores de câncer do reto, reduzir as colostomias de 52% a 7%.

Como disse anteriormente, é a má colocação da bolsa a principal responsável pela maioria das complicações nas anastomoses colorretais mecânicas. Vários são os erros que podem ser feitos na colocação desta bolsa. Se for colocado muito tecido poderemos ter uma anastomose com vazamento. Se colocarmos os pontos muito justos, o nó não vai deslizar; nós usamos um prolene dois zero para a nossa bolsa, ele desliza muito bem através do tecido.

O reto distal é limpo após a colocação do "clamp". Uma das técnicas é usar um "clamp" com tensão e colocar a bolsa próxima, sem abrir o reto. Eu prefiro a técnica de fazer-se uma incisão na porção distal da parede retal e fazer então a colocação da bolsa nessa porção do coto. Poderemos ainda realizar a bolsa clássica do tipo "dentro-fora".

Outra técnica também empregada é a colocação da sutura via ânus, invertendo-se o reto, suturando-se fora e recolocando o reto para dentro da pélvis. Você pode fazer também através de um anoscópio. Isso foi feito várias vezes, mas nós não fazemos freqüentemente. Nossa técnica alternativa é colocar um grampeador através do reto, que chamam de grampeador duplo. Nós colocamos o grampeador sem o cabeçote.

Uma outra forma de fazer é a sutura dupla. Se faz a sutura, se liga e depois se coloca uma segunda sutura em bolsa para poder fixar os tecidos por cima do dispositivo do grampeador.

Quando trabalhamos baixo na pélvis, aonde estamos puxando o reto para cima, preferimos realizar uma pequena incisão na parede anterior, depois colocamos nossa sutura tipo "ship" e continuamos a cortar o reto o quanto seja necessário para poder colocar a sutura em bolsa distal.

Uma outra técnica, se você tem um paciente na posição adequada, é pedir ao operador perineal, para fazer pressão na área do períneo e dessa forma fazer com que o reto suba até o operador abdominal para que ele possa ver. Isso nos ajudou muito ao fazer ressecções extensas na parte baixa e anterior.

Como disse antes, há várias técnicas para colocar essa sutura em bolsa de forma transanal. Uma é usando anoscópio e outra é invertendo o reto, igual à técnica tipo "pull through". A sutura em bolsa proximal é uma situação bastante simples, e você pode usar ou o "clamp" fenestrado que acompanha o grampeador ou pode usar sutura; eu prefiro a sutura ao invés do "clamp" fenestrado.

A respeito da inserção do instrumento, temos que ter muito cuidado para não perfurar o reto e há vários truques que podem ser usados para essa manobra. Em primeiro lugar, mobilizar o reto. O operador abdominal deve guiar o operador perineal na inserção do instrumento. Outras técnicas são: colocar um cateter através do reto, colocá-lo sobre o cabeçote e ajudá-lo a puxar o instrumento, guiando-o através do reto. A outra forma seria colocar um dedo no reto, de forma que se possa sentir o instrumento à medida que ele é levado até o reto distal.

Na nossa experiência, no começo, tivemos uma perfuração do reto, devido à inserção inadequada ou imprópria do grampeador. Essa é a complicação que se deve evitar. A sua mão deve estar por trás do reto, quando o operador do períneo coloca o instrumento. Antes de colocar o instrumento devemos ter certeza de que nenhum grampo está faltando, que se pode abrir totalmente, se fechar totalmente e deve estar bem lubrificado obviamente antes de ser colocado dentro do reto.

Na ressecção anterior, às vezes não é possível ligar a sutura de bolsa distal porque está muito baixa, então é necessário colocar o intestino proximal primeiro dentro do grampeador e depois fazer a sutura. Então, quando temos uma ressecção muito grande é necessário ligar primeiro o intestino proximal e depois o distal. Essa sutura proximal em bolsa quando estamos lidando com um intestino que tem, por exemplo, doença

diverticular ou um colo sigmóide, às vezes, se tem dificuldade na inserção do cabeçote no intestino proximal. Nós usamos, mais ou menos, 10% das vezes, o prolapso intravenoso para poder fazer uma dilatação do intestino para se colocar o cabeçote sem rasgar o músculo. Essa é a situação aonde vocês deveriam considerar o ângulo esplênico e usar o intestino do cólon descendente e retirar então a parte grossa do cólon sigmóide. Se vocês têm esse problema, pensem em usar o ângulo esplênico, porque o intestino ali é mais mole, se não for possível fazer isso, usem o glucagon intravenoso durante cinco minutos e isso será o suficiente. Ao fechar a abertura, vamos proteger todos os órgãos pélvicos, sobretudo a vagina. Nós já tivemos uma fístula reto-vaginal relacionada a uma ressecção baixa anterior grande e nós nunca vimos uma fístula reto-vaginal antes do uso do grampeador. Eu acho que isso é uma indicação da distância que podemos usar o grampeador em termos de abdômen. Realmente esse tipo de operação deve ser feito bem embaixo, na pélvis. Quando tivermos que retirar o aparelho, devemos ter certeza de abrir o aparelho, fazer uma rotação e se tira primeiro a parte posterior. Temos que nos lembrar que estamos retirando um cartucho de 31 mm através de uma anastomose que tem 21 mm; então, todo o cuidado é pouco. Às vezes podemos retirar a luva da mão e o operador abdominal, ele mesmo retirar o grampeador, mas em geral, isto é feito em equipe, isto é, entre os dois. Se temos dificuldades para retirar o grampeador, talvez possamos usar o glucagon para fazer uma dilatação do intestino para poder retirar o grampeador, talvez a faca não tenha cortado a abertura e nesse momento temos que ter muito cuidado e ter certeza de que o grampeador roda totalmente antes de tentar retirá-lo. Se temos algum problema para retirá-lo vai depender de onde está a anastomose, se é uma anastomose alta podemos fazer uma incisão no intestino, retirar o cabeçote e depois retirar o grampeador. Se é muito baixa a anastomose, tudo isso deve ser feito talvez através do ânus. Por sorte, em quatrocentos casos, só nos aconteceu uma vez, e foi no começo da série.

Eu acho que todos esses pontos são importantes. Espero que eu tenha enfatizado as variações que nós poderemos ter, usando o grampeador intraluminal.

Uma vez feita a anastomose, nós checamos todas as anastomoses sob pressão. Nós testamos para ver se não há vazamento de ar e usamos o ar insuflado via baixa com a pélvis cheia de alguma substância. Nós também checamos os cartuchos para ver se os grampeadores foram disparados.

Checamos também os anéis para ver se a anastomose está completa, raramente nós usamos essa técnica para olhar a parede posterior da anastomose. Nós confiamos geralmente na insuflação. Se a insuflação mostrar que não houve vazamento de ar, nós ficamos satisfeitos com a anastomose.

Como disse antes, o delgado pode ser manuseado através da inserção distal. Podemos fazer uma janela no delgado e esperamos que facilite a colocação do cabeçote.

Com relação ao julgamento dos erros, esses são os erros que normalmente fazemos e nós não podemos evitá-los. Nós estamos preocupados porque poderemos estar usando demasiadamente o grampeador. Nós temos agora uma tendência a estabelecer uma continuidade. Temos uma tendência de trapacear a margem distal por assim dizer e, corremos o risco de deixar na margem distal um carcinoma do reto.

Como disse antes, nós raramente usamos o grampeador numa anastomose muito elevada. Com relação a problemas técnicos, eu gostaria de dizer ainda algumas palavras a esse respeito.

Não se pode violar os princípios clássicos, que nós todos sabemos, relacionados à anastomose de intestino. Como eu disse, tem-se que escolher apropriadamente o grampeador que se vai encaixar no intestino, através do tamanho que ele tem ou através da sua experiência pessoal. Nós usamos o grampeador de 29 mm. O instrumento curvo, nós usamos em ocasiões quando nós não mobilizamos o reto ou só em caso de bolsa de Hartman, que nós queremos reanastomosar, então nós usamos o E.A. curvo, quando você não quer mobilizar o reto.

Você não deve tomar a decisão de usar o grampeador até que o reto esteja totalmente mobilizado.

A anastomose incompleta que é percebida no momento da cirurgia, nas tentativas de repará-la, há várias alternativas que você pode usar. Você pode repará-la por via baixa ou por cima, dependendo do nível de sua anastomose. As complicações técnicas que nós tivemos nos primeiros 391 casos, que atingiram 10%, foram em grande parte devidas a um anel incompleto e na maioria dos casos era o anel distal.

Se a anastomose está alta, podemos observar a sutura e se a anastomose está baixa, nós não podemos ver o lado abdominal. Lavamos o abdômen, fechamos a ferida e através do anoscópio, nós verificamos a anastomose. Acharmos que muitas vezes isso tem funcionado bem. Em relação a estes anéis incompletos, doze nós reparamos pelo método abdominal, sete pela via anal que acabei de descrever; em alguns deles

apenas colocamos um dreno. Nós consideramos que sem nenhum vazamento de ar a anastomose está boa. Nós tivemos treze pacientes e apenas 3% foram operados e tiveram dreno e colostomia e a nossa taxa de vazamento foi de 3%.

Com relação à colostomia, embora eu odeie colostomias, uma colostomia temporária concomitante foi usada em oito casos (2%); uma colostomia subsequente seis vezes e um outro teve uma via-perineal permanente.

O sangramento não tem sido problema, mas se você examina sua anastomose, você verá que há problemas em relação à estenose, mas em geral, os pacientes não têm sintomas em relação a essa estenose. Aí tivemos dois levantamentos: um da Sociedade Americana de Cirurgia Colo-Retal e vemos que 9% dos pacientes tinham estenose e na

literatura que foi revisada vemos também 9% com estenose, mas raramente havia sintomas.

Como eu disse, tínhamos quarenta anéis incompletos, 10% das vezes com vazamento e a mortalidade, como vimos, bastante baixa. Temos a literatura publicada usando o grampeador, a literatura original usava o grampeador russo e vocês podem observar que a taxa de vazamento é muito baixa e a maioria é nas anastomoses muito baixas. Vejam também que a mortalidade associada a esse procedimento é também muito baixa.

Eu gostaria de enfatizar que os princípios cirúrgicos não podem ser violados quando usamos o grampeador e também quero enfatizar o fato de que o grampeador é confiável, seguro e nos permite fazer anastomoses muito baixas.

Quero deixá-los com essa pequena mensagem. Muito obrigado pela sua atenção.