

ANASTOMOSE ILEOANAL COM E SEM RESERVATÓRIO*

Zane Cohen

Tentaremos aqui descrever a vocês a experiência com anastomose ileoanal para colite ulcerativa e, em alguns casos, de polipose familiar. Mas antes de nós falarmos de nossa própria experiência, acho que é extremamente importante sabermos que, com certeza, não se trata de uma cirurgia nova, aliás proctomia da mucosa e anastomia ileoanal foi descrita pela primeira vez em 1948, por Revicth e Sabinston e era um procedimento ileoanal numa fase.

Entretanto, os resultados foram muito ruins, 50% dos pacientes desenvolveram problemas, principalmente com uma frequência de movimentos intestinais, incontinência e outros problemas e o Dr. Cutait explicou-me que em 1960, ele encontrou e publicou cinco casos semelhantes, com problemas semelhantes e essa cirurgia, de fato, passou a ser descartada por causa dos resultados funcionais muito ruins. Eu acho que houve dois desenvolvimentos, que levaram a um resultado melhor, usando essa cirurgia em pacientes com colite ulcerativa. Primeiro é a ileostomia continente, a qual foi desenvolvida por Kock na Suécia, e realmente nos permitiu utilizar um reservatório e conectá-lo ao ânus e como o professor Goligher disse-nos, não foi inesperado o fato de que nós tomássemos esta ileostomia com esta válvula de bico e a abandonássemos, passando a utilizar o próprio mecanismo do esfíncter anal, para manter a continência. Mas, realmente, foi a ileostomia de continente, na utilização do reservatório onde o professor Kock mostrou que não havia efeitos deletérios metabólicos a longo prazo, que nos permitiu usar esse reservatório e trazê-lo ao canal anal.

A segunda diferença principal do procedimento original foi a utilização de um procedimento de disfunção, uma ileostomia em conjunção com essa anastomose ileoanal.

As primeiras descrições da utilização do reservatório com a anastomose ileoanal foram quase descritas simultaneamente, independentemente por Alan Parks no Hospital de Saint Mark, que descreveu o reservatório em forma de S e Utsonomya no Japão, que descreveu o reservatório em forma de J. Em Los Angeles já foram descritos outros reservatórios lado a lado e mais recentemente, Nichols em Saint Mark descreveu a utilização de um reservatório ainda maior, em forma de W. Mas, nós vamos falar detalhadamente sobre todos esses reservatórios em alguns instantes.

A nossa própria experiência é também importante de se mostrar no sentido de que se examinarmos o número de ileostomias continentais que nós fizemos desde 1977, nós atingimos o pico em 81, onde fizemos 30 ileostomias continentais naquele ano. Por outro lado, se observarmos as anastomoses ileoanais com reservatório, que fizemos desde 81, veremos que o número de ileostomias continentais caiu significativamente com os anos e até hoje nós operamos 55 casos, fazendo isso com um índice de uma por semana.

Nosso material de pacientes, até a última revisão que foi feita em agosto de 85, inclui 123 pacientes, 67 homens e 56 mulheres. A idade média foi de 32 anos. As indicações principais

* Conferência realizada durante o 35.º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, em São Paulo, 1985.

foram devido à colite ulcerativa crônica para 113 pacientes, uma vez que ainda preferimos fazer colectomia e anastomose ileorretal na maioria dos pacientes com polipose familiar desde que eles não tenham um reto cheio de polipos ou carcinoma do reto.

Desde que possamos controlar o reto, achamos que essa é a melhor cirurgia para começar, mas estamos ficando mais confiantes com o procedimento ileoanal e estamos também oferecendo isto a estes pacientes como procedimento primário. De 113 pacientes, 60 tiveram uma cirurgia feita em duas etapas, ou seja, fizeram uma colectomia com proctectomia e reservatório, e ileostomia, a qual foi fechada num segundo estágio.

Pacientes com um procedimento de três etapas, fizeram uma colectomia subtotal como primeira cirurgia. Eu acho interessante verificarmos os 10 pacientes de polipose, seis dos quais tiveram procedimentos em três etapas. Desses seis, dois passaram de uma anastomose ileoanal direta, que não lhes deu um bom resultado funcional, e mostraram uma melhoria dramática no seu resultado funcional com a criação de um reservatório.

A moléstia de Crohn, na nossa opinião, é uma contra-indicação absoluta, assim como a sepsis perianal porque temos que ter um ânus que funcione bem, e se nós tivermos muita sepsis perianal mesmo em associação com colite ulcerativa, eu não acredito que podemos conseguir um resultado funcional tão bom.

Debilidade grave, sepsis ou cirurgia de emergência, parece-nos indicações para colectomia subtotal e ileostomia como primeira fase de sua cirurgia.

Ressecção anterior do intestino delgado é uma contra-indicação relativa, na nossa opinião. Nós acreditamos profundamente que, se temos pelo menos 50 cm de intestino delgado retirados, poderemos ter complicações metabólicas e de eletrólitos, que podem vir a seguir. Além disso, acho que estão também no risco maior de litíase ureteral e biliar.

A idade também é uma contra-indicação relativa, uma vez que na idade de 50, 55, eu acho que devemos avaliar muito criticamente, não somente pelo exame digital, mas também por manometria anorretal, para que nos possamos assegurar de que o esfíncter é adequado para esta operação.

A preparação do paciente e da família também é importante, assim como uma boa definição da natureza da moléstia, da melhor forma possível, principalmente se os pacientes vieram de outro hospital, já tendo passado por uma colectomia em algum outro lugar. Nós sempre mandamos que as

lâminas de patologia sejam examinadas pelo nosso laboratório também e temos que ter um diagnóstico claro. Sempre fazemos um estudo no intestino delgado e tentamos dar ao paciente uma explicação clara dos benefícios e das complicações possíveis, em todos os procedimentos, que são a ileostomia convencional com proctocolectomia, anastomose ileorretal e a ileostomia continente, bem como o procedimento ileoanal.

Achamos que podemos fazer todas essas cirurgias e, portanto, nós estamos numa boa posição, para poder explicar todas as opções ao paciente.

É muito importante para nossos pacientes terem contatos com outros pacientes, não somente aqueles que foram bem, mas também aqueles que tiveram um mau resultado, para que eles possam entender o que é que está envolvido nesse procedimento.

Os procedimentos cirúrgicos que fizemos nos 123 pacientes, 63 reservatórios em forma de J e 54 em forma de S e eu vou explicar a vocês como é que nós mudamos e porque nós mudamos na direção que nós estamos nos dirigindo agora. Nós começamos usando a bolsa J e nós agora estamos usando a bolsa S.

Em relação à técnica cirúrgica, marcamos inicialmente o local para a ileostomia. A dissecação retal inicial é levada até o assoalho pélvico e quando fazemos a transecção do reto, só colocamos um manguito de 2 a 3 cm anorretal. Nós costumávamos deixar 8 a 10 cm para o manguito, mas descobrimos que, teoricamente, isso não era necessário para dar ao paciente um bom canal anal.

Quanto à bolsa em forma de J, o que nós fazíamos era esticar o ápice proposto da bolsa pelo púbis, para tomarmos o ponto que pudesse chegar mais alto, e usaríamos isso como ápice da nossa bolsa J. Algumas vezes isso era de 10 a 15 cm da margem distal mas algumas vezes só 8 cm, e por causa da variabilidade do comprimento que poderíamos conseguir, estamos agora criando uma bolsa que tem um volume variável. Fazendo a bolsa em forma de S, nós achamos que podemos fazer uma bolsa que sempre fica do mesmo tamanho e bem maior se isto é importante. Mas, quando descrevemos pela primeira vez o procedimento, estávamos usando esta bolsa em J.

Existem formas de obtermos maior comprimento e é importante poder esticar o ápice proposto ao potencial, por uma distância de, pelo menos, 4 ou 5 cm sobre o púbis, porque senão, nós não vamos ter uma facilidade de fazer a anastomose anal e eu acho muito importante não termos tensão a este nível. Podemos ter uma arcada mais proximal ou realmente a continuação da artéria

mesentérica superior, e, nessa posição, podemos fazer uma ligadura e criar mais 2 cm de comprimento fazendo essa manobra.

Também podemos colocar incisões seriadas sobre o peritônio, sobre esse vaso, à medida que ele vai se esticando para obter maior comprimento.

Para a anastomose por via perineal nós usamos uma solução salina para a dissecação da mucosa que reveste o esfíncter. Nesse caso, nós trazemos a bolsa J, através do manguito desnudo, e realizamos a anastomose. Em relação ao tipo de bolsa, é importante referir que temos maior comprimento quando nós usamos uma bolsa S.

Não houve nenhuma mortalidade operatória e três bolsas foram removidas, duas por causa de fístulas persistentes entre a anastomose anal e o lugar do dreno, um dos locais do dreno e um por causa de uma reação gravíssima inflamatória, que nós chamamos de "bolsite". Nós não sabemos a etiologia, mas nós vemos isso ocorrendo.

Nós tivemos um número significativo de casos de sepsis, dez casos dos 123, quatro deles da linha de grampeador pélvico, nos quais ficamos impossibilitados de fechar a ileostomia. Tivemos dois vazamentos da anastomose ileoanal, realmente estas fístulas anais cutâneas são vazamentos, então nós tivemos um total de seis vazamentos. Eu faço esta distinção porque em dois desses casos a fístula anal cutânea teve resultados bem sucedidos. Em um caso destes nós pudemos fechar a ileostomia em alça e esta jovem teve um resultado funcional muito bom.

A obstrução do intestino delgado apareceu nesta série em 11 casos, seis sendo tratados cirurgicamente e três desses casos ocorreram logo depois do procedimento, nos primeiros dois meses, e o que fizemos foi levar esses pacientes de volta à sala cirúrgica, para tratar essa obstrução e também fechamos a sua ileostomia em alça prematuramente. Nós, normalmente, gostamos de esperar três meses antes de fechar a ileostomia em alça.

Um débito excessivo da ileostomia foi o problema mais comum e eu acho que isso ocorre estritamente porque tiramos a função de uma grande porcentagem do intestino. Quarenta ou quarenta e cinco centímetros são utilizados para criar o reservatório e depois nós voltamos para criar uma ileostomia em alça, livre de tensão. Então, nós estamos usando 100 cm de intestino delgado. Não é este débito, no entanto, um problema difícil de se controlar.

• *Complicações depois da ileostomia ou do fechamento da ileostomia:*

A obstrução do intestino delgado foi o problema mais comum, requerendo tratamento cirúrgico em dois casos. Em relação às fístulas, tivemos um total de 12 com um índice de sepsis pélvica de 10 a 11%, sendo isto significativo, para um procedimento abdominal grande. Um desses vazamentos ocorreu nove meses depois da criação, depois do fechamento da ileostomia de alça e neste paciente uma revisão subsequente da patologia, achamos que ele tem moléstia de Crohn, nós não removemos a sua bolsa, mas lhe demos uma outra ileostomia de alça.

Quanto à "bolsite", a qual observamos em oito pacientes, é uma condição inflamatória não específica, dentro do reservatório, talvez relacionado à estagnação e um superaquecimento bacteriano normalmente é tratado facilmente com metronidazol, e em alguns casos tivemos que dar-lhes um curso de esteróides. Em apenas uma ocasião tivemos de remover a bolsa por causa dessa situação.

• *Resultados funcionais depois do fechamento da ileostomia:*

Dos 93 pacientes, tivemos de remover a bolsa em três e recriamos uma ileostomia para outros quatro pacientes, o que nos dá um total de 86 pacientes nos quais conseguimos fechar a ileostomia.

Destes 86 pacientes, 82 evacuam espontaneamente, mas o que é interessante é que dos quatro que exigem uma intubação intermitente, três são bolsas J e somente uma das nossas bolsas S exige uma intubação por cateter.

É verdade que muitos deles usam agentes anti-diarréicos e nós preferimos a loperamida e não agente narcótico, apesar de eu não achar que esse seja o melhor agente anti-diarréico, eu acho que, se nós estamos considerando deixar esses pacientes com agentes anti-diarréicos por um período longo, eu iniciaria o tratamento com uma medicação não narcótica. Quarenta e três dos nossos pacientes nos disseram que têm algum tipo de restrição de dieta, mas somente um ou dois tipos de alimentos e não é um problema muito sério e grave. Nós não colocamos nenhum dos nossos pacientes numa dieta restrita, pedimos que experimentem tudo e que eles mesmos descubram quais os alimentos que causam problemas.

Não tivemos nenhum caso de disfunção urinária, nem de impotência produzida na população masculina. Mas tivemos dois casos de ejaculação retrógrada.

A continência com esse procedimento na nossa série é muito boa, mas eu acho que o que nós temos que nos perguntar, é o que é continência? O que é continência para mim, pode não ser o que é continência para vocês. Nós definimos

continência, como não mais do que um acidente por mês, embora isto seja por certo um dado bastante empírico.

Nós realmente não vimos um caso de incontinência maciça, que exigisse algum tipo de intervenção cirúrgica e remoção da bolsa, principalmente. Nenhum dos nossos pacientes é incontinente, embora ocasionalmente, ocorra uma incontinência aos "flatos" ou fezes, exigindo às vezes um tamponamento durante o dia e durante a noite. Durante a noite, 12 pacientes e durante o dia, três pacientes. Alguns deles usam apenas de forma profilática.

Escoriação perianal só foi problema em quatro dos nossos pacientes.

Filosoficamente o que nós temos que fazer com os resultados funcionais é padronizá-los entre os centros que estão relatando seus resultados. Parece-nos importante reconhecer também a necessidade de se estabelecer o que os pacientes consideram um bom resultado funcional.

Quanto à frequência de evacuações, nossos resultados são extremamente semelhante àqueles da Clínica Mayo e Saint Mark's, com uma média de 5 a 6 movimentos intestinais por dia o que, embora certamente acima do desejado, permite ao paciente exercer suas atividades habituais.

E esse, normalmente, o padrão de evacuação dos pacientes, portanto, nenhum dos pacientes tem problemas com a atividade diária e todos eles voltaram a seus empregos ou à escola e alguns deles não voltaram ou não estavam trabalhando na época em que a sua moléstia estava num estado mais grave.

Algumas palavras sobre porque nós nos encaminhamos nessa direção, com os diferentes procedimentos de bolsa e o manguito anal curto.

Quando nós olhamos a frequência de fezes dos pacientes, comparando os dois grupos, o de

manguito curto e longo, não havia diferenças estatísticas, mas há uma tendência em ter um resultado funcional mais inicial, mais rápido, melhor nos manguitos curtos, mas às vezes envolvemos nesses números também os pacientes com complicações, então, é difícil, mais uma vez, fazer comparações. Se nós formos comparar os resultados funcionais da bolsa J com a bolsa S, os primeiros estudos mostram que com a bolsa S os resultados funcionais são melhores.

Para resumir as nossas próprias conclusões até o momento nós achamos que a prototomia mucosa e a anastomose ileoanal com reservatório deve ser uma alternativa razoável para pacientes com colite ulcerativa, e polipose familiar.

Há muitos pacientes que já tiveram resultados muito bons com esse procedimento. Acredito como disse antes e repetirei que deverei estar confinado às pessoas que têm experiência, porque há uma curva para aprendizado deste procedimento e somente alguns indivíduos nesses centros poderiam estar fazendo essa cirurgia, e, por outro lado, devemos considerar reter o reto na maior parte das vezes, para uma cirurgia reconstrutiva possível no futuro.

Eu acho que o que devemos fazer agora é, pelo menos, oferecer aos pacientes as várias opções que eu mencionei. Uma vez um cirurgião tendo feito uma proctocolectomia e uma ileostomia convencional, o paciente já não tem a opção de ter o procedimento de bolsa, então, nós devemos reconsiderar o que estamos fazendo.

Assim sendo, na maior parte das vezes seria aceitável ir atrás no tempo, re-raciocinar, ver o que estamos fazendo, fazer uma colectomia subtotal primeiro, deixar o retossigmóide e oferecer uma cirurgia reconstrutiva numa data futura.

Muito obrigado.