
AVALIAÇÃO TARDIA DO RETO REMANESCENTE APÓS ANASTOMOSE ÍLEO-RETAL PARA TRATAMENTO DA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR.

RENATO VALMASSONI PINHO - TSBCP
RODRIGO STROBEL
RODRIGO VIANNA
MARCO AURÉLIO R. DA COSTA
ANDRESA BRAGA

PINHO RV, STROBEL R, VIANNA R, COSTA MAR, BRAGA A - Avaliação tardia do reto remanescente após anastomose íleo-retal para tratamento da polipose adenomatosa familiar. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(4): 259-262

RESUMO: Foram avaliados 19 pacientes portadores de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), submetidos à colectomia total com ileorretoanastomose, no período de 1977 a 1988. A idade média foi de 26,2 anos; onze eram do sexo feminino e oito do masculino. Houve um caso de síndrome de Gardner. Oito das anastomoses foram manuais e as outras onze mecânicas, com cotos retais variando de 3 a 7 cms. Um paciente foi também submetido à polipectomia gástrica e duodenal. O seguimento médio foi de 16,4 anos, sendo impossível a avaliação em um caso, e consistiu de revisões semestrais com polipectomias retais, quando necessárias. Dois pacientes apresentaram adenocarcinoma de reto 2 e 3 anos após a cirurgia. Sendo a colectomia total com ileorretoanastomose uma cirurgia freqüentemente utilizada em muitos centros de diversos países para tratamento de PAF, concluímos ser a mesma uma opção terapêutica para aqueles pacientes passíveis de revisões pós-operatórias periódicas, devido à baixa morbi-mortalidade e aos resultados funcionais semelhantes à confecção de bolsa ileal.

UNITERMOS : polipose adenomatosa familiar; pólipso adenomatoso; anastomose íleo-retal; seguimento pós-operatório.

O primeiro relato na literatura de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) foi realizado por Sklifasowski em 1881. Esta patologia é caracterizada por uma herança autossômica dominante com o aparecimento de numerosos adenomas colorretais na adolescência e uma alta incidência para câncer na mesma topografia após 10 anos do início da doença.¹⁻²⁻³

Em 1951, Gardner descreveu uma família com esta entidade e associação a múltiplos tumores ósseos e de partes moles.⁴

Em 1991 observou-se que a perda de um gene supressor no cromossomo 5q21 era responsável pela gênese da PAF.⁵ Estes pacientes podem apresentar manifestações extracolônicas como tumores desmóides, osteomas, cistos sebáceos, lipomas e adenomas gástricos, duodenais e periampulares.⁴

O presente estudo tem por finalidade analisar o resultado do tratamento cirúrgico e evolução de 19 pacientes portadores de Polipose Adenomatosa Familiar acompanhados pelo nosso serviço, nos quais foi efetuada colectomia total com ileorretoanastomose e manutenção de pequeno segmento de reto.

1. PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre 1977 e 1988, 19 pacientes portadores de PAF foram submetidos à colectomia total com preservação de coto retal que variou de 3 a 7 cm no serviço de coloproctologia do Hospital Nossa Senhora das Graças. Foram realizadas anastomoses ileoretais baixas, sendo 8 delas manuais de 5 a 7 cm da linha pectínea e 11 mecânicas a 3 cm da mesma. Em um paciente foram realizadas também polipectomias gástrica e duodenal.

O seguimento pós-operatório foi efetuado por um período médio de 16,4 anos, consistindo de revisões endoscópicas do coto retal a cada 6 meses e polipectomias, quando indicadas, ocorrendo muitas omissões. Dezesete pacientes da série foram revisados nos últimos 90 dias.

2. RESULTADOS

A idade média dos pacientes foi de 26,2 anos, sendo 11 (57,8%) do sexo feminino e 8 (42,2%) do sexo masculino, não havendo diferença significativa em sua incidência.

As manifestações clínicas mais freqüentes foram diarréia mucossangüinolenta e anemia, as quais foram evi-

Trabalho realizado no serviço de Coloproctologia do Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, Paraná

denciadas na totalidade dos casos e, com menor frequência, retardo do desenvolvimento pômbero-estatural, baqueteamento digital, emagrecimento e prolapso de pólipos através do ânus.

A síndrome de Gardner foi evidenciada em um dos casos.

Dois pacientes da série apresentaram adenocarcinoma de reto; um após 2 e outro após 3 anos da cirurgia original. Estes foram submetidos á amputação abdominoperineal do reto, ocorrendo um óbito por metástases difusas no 25º mês de pós-operatório.

Todos os cólons removidos foram submetidos a exames anátomopatológicos, tendo sido evidenciada a presença de adenocarcinoma "in situ" em um dos casos.

No tocante às complicações pós-operatórias, em apenas um caso houve infecção de ferida cirúrgica (5,2%), não havendo fistulas, deiscências, estenose de anastomoses ou sepsis abdominal. A frequência de evacuações após 6 meses de cirurgia manteve-se entre 3 e 4 deposições diárias.

O seguimento dos pacientes para avaliação dos cotos retais remanescentes é mantido até a presente data em 16 casos, sendo também acompanhada uma paciente submetida à amputação abdominoperineal do reto. Quatorze pacientes da série têm apresentado regularidade nas revisões, notando-se em todos eles uma acen-

tuada diminuição do número de pólipos retais restando, em média, de 1 a 3 lesões sésseis de características adenomatosas com baixo grau de displasia (foto 1). Em contraste com a situação supracitada se encontram os 2 pacientes submetidos a revisões esporádicas, com intervalos superiores a dois anos, nos quais é alta a frequência de pólipos no reto remanescente sendo a mesma semelhante ao estado pré-operatório (foto 2).

3. DISCUSSÃO

O tratamento da PAF é eminentemente cirúrgico e deve ser indicado logo que se tenha firmado o diagnóstico definitivo, visto que a incidência de carcinoma em algum ponto da mucosa colorretal, no momento do diagnóstico, chega a 69% segundo alguns autores e, a 100% após 45 anos de idade ou 20 anos após o aparecimento da doença conforme outros.¹⁻⁴⁻⁶⁻⁷

A cirurgia ideal seria a proctocolectomia com ileostomia definitiva, que é o procedimento curativo, tecnicamente mais fácil de se executar, sem anastomoses, com as menores taxas de complicação e sem necessidade de seguimento.³⁻⁵⁻⁸ Entretanto, esta cirurgia é pouco aceita pelos pacientes que, em sua maioria, apresentam-se oligo ou assintomáticos no momento do diagnóstico, e ainda têm como consequência o desenvolvimento de importantes

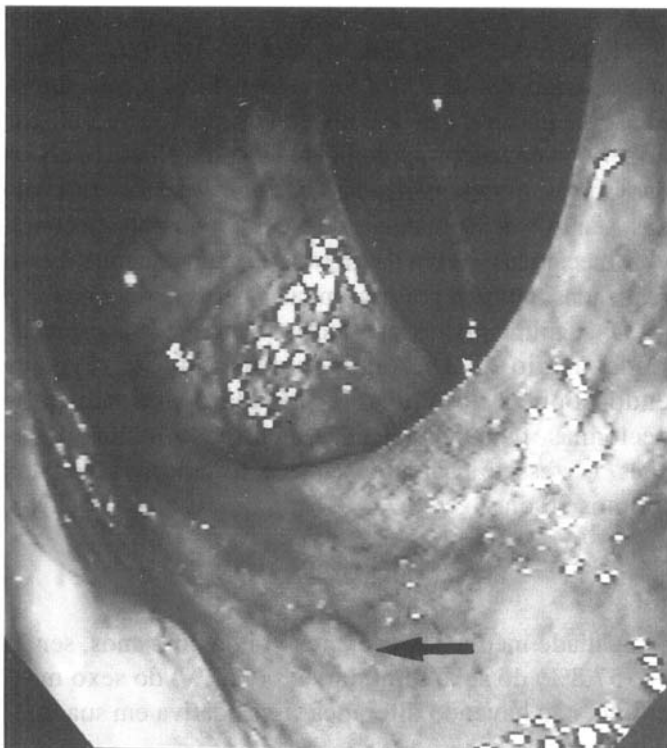


Figura 1. Presença de pequenos e raros pólipos sésseis. (pg. 6)

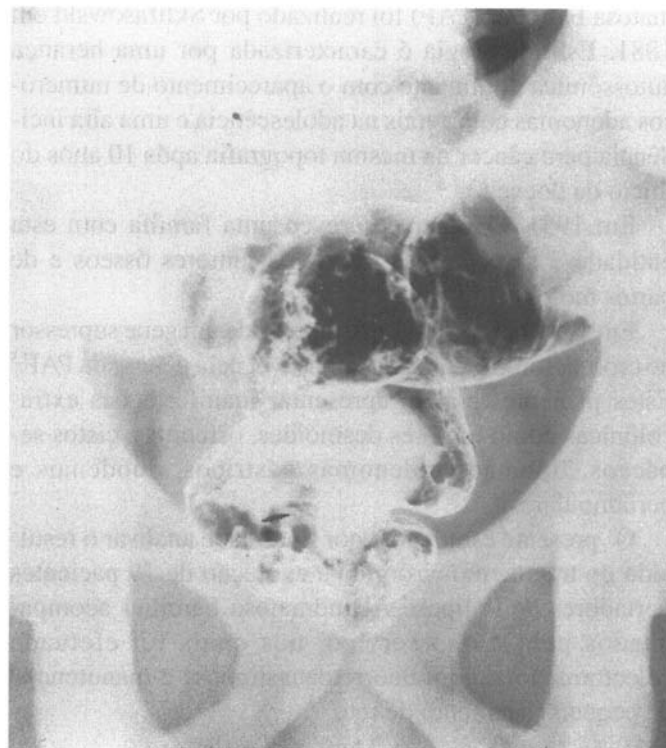


Figura 2. Reto portador de múltiplos pólipos de variados tamanhos. (pg. 6)

desordens físicas e psíquicas relacionadas à ileostomia.⁷⁻⁹

Buscando soluções para esta problemática, foram desenvolvidas técnicas que preservam o aparelho esfíncteriano como a proctocolectomia com anastomose ileorretal baixa, proctocolectomia com ou sem mucosectomia retal e anastomose ileoanal com reservatório ileal.⁸⁻¹⁰⁻¹¹

A proctocolectomia com anastomose ileorretal baixa e preservação de 3 a 7 cm de reto tem sido reservada a pacientes sem câncer retal, com perspectiva de sobrevida longa e dispostos a realizar seguimento proctoscópico pós-operatório periódico para remoção de eventuais adenomas.¹⁻⁴⁻⁷⁻¹²⁻¹³ De acordo com revisão realizada por Hoehner e Metcalf, o desenvolvimento de carcinoma no reto remanescente tem demonstrado variação de 3 a 59% , tornando o seguimento a longo prazo uma necessidade.⁷ Enquanto na Mayo Clinic encontrou-se uma cifra de degeneração em torno de 32%, Bussey, em um estudo de seguimento pós-operatório de 25 anos no St. Mark's Hospital, chegou a uma incidência de 3,6%.¹⁴ A taxa de degeneração por nós encontrada foi de 10,4%. Iwama e Mishima estabeleceram fatores de risco para o desenvolvimento de câncer no coto retal o tempo decorrido após a cirurgia (24,2% de degeneração em 15 anos), tamanho do reto preservado (maior de 7 cm, risco cinco vezes aumentado em relação aos menores de 7 cm) e densidade dos pólipos.⁷⁻¹⁵

Comparando uma população de 222 pacientes com PAF submetidos à colectomia e anastomose ileorretal com outra semelhante em sexo e idade sem doença colônica Nugent evidenciou um índice de mortalidade 3 vezes maior nos pacientes com polipose devido a outras causas que não câncer de cólon, principalmente doença desmóide e neoplasias malignas do trato gastrointestinal superior.¹⁶

A tendência de regressão do número de pólipos no coto retal remanescente após a cirurgia é ainda discutida na literatura bem como os mecanismos pelos quais esta ocorre.²⁻⁵⁻¹⁰⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ Em recente publicação do St. Mark's Hospital, demonstrou-se que existe uma diminuição significativa da proliferação celular após a colectomia, explicando a redução do número de pólipos. Isto se deve a fatores como presença de secreção ileal no reto, diminuição do volume das fezes, alteração da microflora luminal, diminuição do me-

tabolismo bacteriano de pré-carcinógenos, aumento do pH luminal, aumento do tempo de trânsito retal, alteração de ácidos biliares e composição eletrolítica.⁵ Em acordo com os nossos resultados e dos relatos de grandes centros enfatizamos, entretanto, a necessidade de revisões bianuais (trimestrais se houver número significativo de pólipos no reto) associadas a polipectomias.²⁰

A ileorretoanastomose é uma operação simples, da qual os pacientes se recuperam facilmente, com mínimas alterações urinárias ou sexuais, com ausência de estomas e manutenção da função anal. No princípio, temos freqüentes evacuações, mas esta situação tende a normalizar-se rapidamente, estabilizando-se em torno de 3 a 4 ao dia nos primeiros 3 meses, e 2 a 3 após 5 anos da cirurgia.

A idealização de reservatórios ileais por Parks e Utsunomiya em 1980, buscava a remoção de toda mucosa retal, sem os inconvenientes da ileostomia definitiva e oferecendo continência pela preservação do uso da musculatura perineal.²⁻⁸⁻¹³ Este tipo de operação está associada, na literatura, a diversas complicações pós-operatórias, tais como sepsis abdominal e pélvica, fístulas das anastomoses da bolsa, dificuldade de esvaziamento, "bolsite" e outras, com índice de morbi-mortalidade superior quando comparado à anastomose ileorretal.⁸⁻¹²⁻¹³ No entanto, com a experiência dos últimos anos tem se tornado, para muitos autores, a técnica de escolha para tratamento cirúrgico da PAF.⁷

4. CONCLUSÕES

A cirurgia ideal para a cura da PAF continua sendo a Proctocolectomia total com ileostomia. As técnicas de preservação esfíncteriana com reservatório ileal ganham mais espaço na literatura mundial, com evidentes progressos que resultam em menor morbi-mortalidade.

No entanto, a ileorretoanastomose permanece como método utilizável em pacientes jovens, com mínima displasia nos pólipos retais e com condições ideais de seguimento pelo resto de suas vidas.

PINHO RV, STROBEL R, VIANNA R, COSTA MAR, BRAGA A - Longterm evaluation of the remaining rectum after ileorectal anastomosis for the treatment of familial adenomatous polyposis.

SUMMARY: Nineteen patients with FAP submitted to total colectomy and ileorectal anastomosis were evaluated between 1977 and 1988. Their ages averaged 26,2 years; eleven were females and eight males. There was one case of Gardner's Syndrome. Eight of the anastomosis were hand made and eleven mechanically, with rectal stumps ranging between 3 and 7 cm. One patient was also submitted to gastric and duodenal polypectomies. The average follow-up was of 16,4 years, being impossible in one case, and consisted of revisions twice a year with polypectomies if necessary. Two patients presented with rectal cancer 2 and 3 years after the surgery. Considering that ileorectal anastomosis is a frequently used surgical method in several centers for the treatment of the FAP worldwide, we conclude that this is a therapeutic option for the patients available for periodical revisions, due to a low morbidity and mortality and functional results similar to that of ileal pouch procedures.

UNITERMS: familial adenomatous polyposis; adenomatous polyp; ileorectal anastomosis; pos-operative follow-up.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Büllow S, et al. Familial polyposis coli. Danish Medical Bulletin 1987; 34 (1): 1-15.
2. Büllow S. Clinical features of familial polyposis coli. Results of Danish Polyposis Register. Dis Colon Rectum 1986; 29:102-107.
3. Alm T. Surgical treatment of hereditary adenomatosis of the colon and rectum in Sweden during the last 20 years. Part II. Acta Chir Scand 1975; 141 (3) : 228-237.
4. Gingold BS, Jageiman D & Turnbull RB. Surgical management of familial polyposis and Gardner's Syndrome. Am J Surg 1979; 137:54-56.
5. Farmer KCR, et al. Colectomy with the ileorectal anastomosis lowers rectal mucosal cell proliferation in familial adenomatous polyposis. Dis Colon Rectum 1993; 36 (2):167-171.
6. Emblem R, Bcrgan A & Larsen S. Straight ileoanal anastomosis with preserved rectal mucosa for ulcerative colitis and familial polyposis. Scand J Gastroenterol 1988; 23 : 913-919.
7. Hoehner JC & Metcalf AM. Development of invasive adenocarcinoma following colectomy with ileoanal anastomosis for familial polyposis coli. Dis Colon Rectum 1994; 37 (8): 824-828.
8. Penna C, et ai. Results of ileal j-pouch anal anastomosis in familial adenomatous polyposis complicated by rectal carcinoma. Dis Colon Rectum 1994; 37 (2):157-160.
9. Dozois RR, Keith AK & Welling DR. Ileal pouch-anal anastomosis: comparison of results in familial adenomatous polyposis and chronic ulcerative colitis. Ann Surg 1989; 210 (3) 268-271.
10. Heimann TM, et ai. Colorectal cancer in familial polyposis coli and ulcerative colitis. Dis Colon Rectum 1985; 28 (9) 658-661.
11. Jagelman DG. Choice of operation in familial adenomatous polyposis. World J Surg 1991; 15 47-49.
12. Odigwe L, Sherman PM & Filler R. Straight ileoanal anastomosis and ileal pouch-anal anastomosis in the surgical management of idiopathic ulcerative colitis and familial polyposis coli in children: follow-up and comparative analysis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987; 6 (3) 426-429.
13. Beart WR. J pouch with ileoanal anastomosis. The Canadian J Surg 1987; 30 (5) 36 1-362.
14. Bussey HJR. Familial polyposis coli: Family studies, histopathology, differential diagnosis and results of treatment. The John Hopkins University Press 1975, Baltimore.
15. Iwama T & Mishima Y. Factors affecting the risk of rectal cancer following rectum-preserving surgery in patients with familial adenomatous polyposis. Dis Colon Rectum 1994; 37 (10): 1024-1026.
16. Nugent KP, et al. Life expectancy after colectomy and ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis. Dis Colon Rectum 1993; 36(11):1059-1062.
17. Bussey HJR, DeCosse JJ & Deschner EE. A randomized trial of ascorbic acid in polyposis coli. Cancer 1982; 50 (7): 1434-1439.
18. Heimann TM, et al. Colorectal cancer in familial polyposis coli and ulcerative colitis. Dis Colon Rectum 1985; 28 (9) : 658-661.
19. Labayle D, et al. Sulindac causes regression of rectal polyps in familial adenomatous polyposis. Gastroenterol 1991; 101 (3) : 635-639.
20. Bussey ITLLR, Evers AA, Ritchie SM & Thomson JPS. The rectum in adenomatous polyposis : the St. Mark's policy. Br J Surg 1985, Suppl; 72: S29-S35.

Endereço para correspondência:

Renato Valmassoni Pinho
Av. Getúlio Vargas, 2456
80.240-040 Curitiba — PR