

FLESHMAN JW, WEXNER SD, KODNER IJ ET AL - Laparoscopic VS open Abdomino Perineal Resection for Cancer. Dis Colon Rectum. *Rev bras Coloproct*, 1999; 42: 930.

O objetivo deste estudo foi comparar a segurança e eficácia da amputação abdomino perineal laparoscópica com a amputação abdominal perineal convencional em pacientes com câncer retal. No período entre 1991 e 1997, 149 pacientes foram submetidos a amputação abdominal perineal sendo 42 pacientes pela via laparoscópica e 142 pacientes pela via aberta. A histologia dos tumores foi na grande maioria de adenocarcinoma seguido de carcinoma epidermóide e tumor estromal gastro intestinal. Os estágios foram (laparoscópico e convencional respectivamente), I (17 a 26 %), II (24 e 33%), II (43e32%) e, IV (14 e 9%) e com invasão das estruturas pélvicas (14 e 16%).

O procedimento laparoscópico foi convertido para via aberta em 21% e foi devido a lesão vascular (33%), dificuldade técnica (22%), hérnia inguinal (11%) e fibrose pós radioterapia (11%). Infecção perineal ocorreu mais freqüentemente no grupo laparoscópico, que no grupo convencional (58 vs 24 %, $p = 0,02$) e as complicações relacionadas a colostomia foram semelhantes.

A permanência hospitalar foi menor no grupo laparoscópico (7 vs 12 dias). As margens radiais estavam comprometidas com tumor em 12% na amputação abdominal perineal laparoscópica e 12,5% na via aberta.

A recorrência local (19% e 14%) e à distância (38% e 26%) foram semelhantes nos grupos laparoscópico e convencional, assim como a taxa de sobrevida pela curva de Kaplan-Meier, com uma média de seguimento de 19 e 24 meses ($p = 0,22$).

Os autores concluem que a amputação abdomino perineal laparoscópica pode ser realizada com segurança, com permanência hospitalar menor e resultados a curto e médio prazo similares. Os autores propõem ainda estudos prospectivos randomizados para avaliar os resultados a longo prazo no tratamento do câncer colorretal pelo método laparoscópico.

Comentário editorial: Dr. Francisco Luís Altenburg - TSBCP

Este interessante trabalho faz um estudo comparativo da Ressecção Abdomino Perineal do Reto entre os aces-

so aberto (convencional) e o laparoscópico. Além do indiscutível peso científico das Instituições envolvidas, se constitui no maior estudo retrospectivo comparando os dois acessos já realizado. Os autores chegam a sugerir que os critérios utilizados sirvam de padronização para futuros trabalhos comparando os dois acessos. Com respeito a isto, foram utilizadas muitas variantes o que dificulta a obtenção de resultados conclusivos. Os dados coletados e comparados foram: Estágio tumoral, Diferenciação tumoral, Num. de linfonodos ressecados, morbidade pós operatória, ligadura alta da mesentérica inferior, ressecção radial e total do mesoreto e recuperação pós operatória, alimentação e peristaltismo, além da terapêutica coadjuvante: rádio e quimioterapia isoladas ou combinadas. Não havia protocolos definidos para a utilização da terapêutica coadjuvante, nem para o manejo do pós operatório imediato.

Foram estudados 194 pacientes, 152 operados pelo acesso aberto e 42 pelo acesso laparoscópico: Não houve critérios definidos para a escolha de um ou outro acesso, entretanto se notou uma proporção maior de tumores avançados para o acesso laparoscópico.

Intercorrências Trans Operatórias:

- a- Conversão de 2 1.4% no grupo laparoscópico principalmente por lesão vascular ou falta de definição anatômica.*
- b- O tempo operatório foi significativamente maior no grupo laparoscópico (80 min. em média)*
- c- Não houve mortes transoperatórias em ambos os grupos.*

Os dois grupos foram igualmente eficientes nos critérios: Ressecção radical e total do mesoreto, ligadura alta da mesentérica inferior e linfonodos ressecados.

Resultados Pós operatórios:

- a- O tempo de hospitalização e recuperação pós operatória foi menor no grupo laparoscópico.*
- b- Recorrência geral foi de 37%, porém maior no grupo laparoscópico, com certeza pelo fato de que os tumores eram mais avançados neste grupo*

Não houve recorrências no local de punção dos trocarteres, nem diferenças no tempo livre de doenças

Este trabalho demonstra a factibilidade do acesso laparoscópico, porém são necessários estudos mais conclusivos acerca da comparação entre os dois acessos, talvez não para definir qual deles seja melhor para a aplicação em todos os casos e sim para que possamos selecionar individualmente o paciente que possamos beneficiar, utilizando um ou outro método.

RENNER K. ROGEN HR. NOVI G ET AL - Quality of life after surgery for rectal cancer: do we still need a permanent colostomy? Dis Colon Rectum. **Rev bras Coloproct**, 1999; 42: 1160.

Este estudo prospectivo avalia o impacto da cirurgia de prevenção de esfíncter ou neo esfíncter em pacientes operados de câncer retal em relação aos resultados oncológicos, função esfíncteriana e qualidade de vida.

Foram operados 296 pacientes com câncer retal sendo 281 em caráter eletivo e 15 em caráter de urgência no período de 1992 a 1997, com taxa de mortalidade pós operatória de 4% ressecção radical foi possível em 197 pacientes, (75%). A ressecção anterior foi o procedimento mais comum (n = 87) e a ressecção inter esfíncteriana com anastomose colo anal foi o método preferido para tumores baixos (N = 65).

Amputação abdomino perineal foi necessária em 15 pacientes, sendo que 13 tiveram uma restauração imediata da função esfíncteriana, através da graciloplastia dinâmica. Em dois pacientes a ressecção abdomino perineal foi realizada em caráter de emergência por sangramento tumoral.

O seguimento relativamente curto (média 36.4 meses) apresentou uma taxa de recidiva loco-regional de 8%.

Embora a continência pós operatória de acordo com a escala de Williams revelasse resultados satisfatórios, a qualidade de vida subjetiva e a escala para sintomas específicos mostraram uma piora significativa com anastomose ultra baixa (colo anal), comparada com pacientes com ressecção anterior.

Os Autores concluem que na cirurgia eletiva para câncer retal, a colostomia permanente não é necessária, podendo ser evitada com técnicas de preservação ou restauração esfíncteriana atualmente disponíveis. Entretanto os pacientes devem obrigatoriamente ser informados, a cerca dos possíveis efeitos colaterais associados aos procedimentos cirúrgicos principalmente nos procedimentos como a anastomose colo anal ou reconstrução com neo esfíncter, para evitar graves problemas psicológicos.

Comentários editoriais — Dr. Paulo Maurício Chagas Bruno - TSBCP

Karl Renner enfatiza que o câncer colo retal, o mais comum dos cânceres do aparelho digestivo, deve ser abordado com o objetivo da cura, preservação dos esfíncteres e da continência fecal. As abordagens modernas no câncer retal nos fez aumentar a preservação

da continência fecal em 70% e, como consequência, o decréscimo de amputações abdomino perineais a índices inferiores a 10%. Este artigo nos mostra que a preservação deve-se às suturas mecânicas, às técnicas de ressecção interesfíncterianas, técnicas de construção de "neo anus" e elaboração de "neo esfíncteres". A estes fatos acrescentamos a construção de bolsas íleais ou colônicas. O autor chama atenção para a construção de neo esfíncteres através de graciloplastias estimuladas (Williams - 1991, Baeten - 1991, Cavina - 1990) e para as ressecções interesfíncterianas com anastomose coloanal, como opção da colostomia definitiva.

O estudo prospectivo de 296 pacientes de câncer retal mostra rigorosa avaliação pré operatória, em que permite-se a exata localização da neoplasia. Nos tumores do terço inferior do reto, analisa-se se há comprometimento dos músculos esfíncterianos, chama-se atenção para o grau de celularidade, margem de segurança e comprometimento dos órgãos adjacentes. Esta análise é de fundamental importância na escolha da técnica operatória. O autor nos dá a informação de que além do ultra-som endo anal de 360° a ressonância magnética no que se refere à possibilidade de infiltração nos músculos esfíncterianos e órgãos adjacentes, tem a sensibilidade de 100% e especificidade de 94%.

Duas técnicas são de capital importância na preservação dos esfíncteres e da continência fecal: ressecção inter esfíncteriana e graciloplastia estimulada.

É explicitada a preocupação com a qualidade de vida de seus pacientes pós cirurgia do câncer retal. Preocupou-se em aferir esta qualidade com métodos de avaliação do psiquismo e da continência. Questionários são introduzidos para analisar sintomas subjetivos, relacionamento social, problemas familiares, atividade sexual e outros. Estes estudos quantificam e qualificam a saúde e a vida do pós-operado de câncer retal, quando demonstrou-se maior sofrimento nos colostomizados. Nestes, a depressão e a rejeição da imagem corporal são lugares comuns e o retorno ao trabalho é infrequente. A melhor cirurgia para o paciente é a ressecção alta, seguida da reto colectomia com anastomose coloanal e por fim a colostomia definitiva.

Este artigo exalta que a graciloplastia estimulada pode substituir a colostomia definitiva e contribue, de modo marcante, para melhorar a vida do paciente, pois, há um índice de 70% de satisfação relacionada à continência fecal, fato demonstrado por Williams - 1991 e 1993, Splanger - 1995.

Concordamos com o autor que, sempre ressaltando os efeitos colaterais das anastomoses coloanais e graci-

lipoplastias estimuladas, estas modernas técnicas contribuirão para melhora da qualidade de vida e de saúde dos pacientes.

BASHA G, PENNIEKX F, YAP P - Influence of Blood components and Feces on the in vitro cancericidal activity of povidone - iodine. **Br J Surg**, 1998; 85: 534.

O objetivo deste estudo foi determinar a influencia do sangue e fezes sobre o efeito tumoricida do iodo povidine como solução de lavagem comum utilizada durante as ressecções para câncer colorretal.

O efeito citotóxico da água destilada e iodo povidine em várias concentrações foi avaliado contra células tumorais "in vitro".

A influência dos glóbulos vermelhos, hemoglobina purificada, membranas dos eritrócitos, plasma, fezes, bactéria e albumina foram analisados.

Nos resultados a albumina e plasma diminuíram a eficácia tumoricida do iodo povidine. Hemoglobina livre e membranas intactas dos eritrócitos foram os que mais inibiram a morte das células tumorais. A destruição de células tumorais ocorreu na presença de fezes e bactérias e não interferiram com o iodo — povidine.

Os autores concluem que a presença de produtos sanguíneos pode diminuir a eficácia de ação tumoricida do iodo - povidine e água destilada e sugere que a lavagem da área, antes da instalação de agentes tumoricidas, pode aumentar a destruição de células tumorais durante os procedimentos cirúrgicos.

PUNT C - New Drugs in the Treatment of colorectal carcinoma. **Cancer**, 1998; 83: 679.

Este interessante artigo mostra uma revisão dos resultados dos ensaios clínicos usando novas drogas quimioterápicas, agentes biológicos e moduladores bioquímicos no tratamento do câncer colo retal.

O Trimetrexate em combinação com 5 - Fluoracil (5 - Fu) e leucovorin, mostrou taxa de resposta promissora já na fase II deste estudo com taxa de resposta parcial de 50% e taxa de resposta completa de 7 %.

Outros agentes interessantes incluem a capecitabine (droga oral derivada do 5 - Fu), Uracil / Tegafur (UFT: outra droga oral derivada do 5 - Fu) e S-1 (Uma droga oral combinando Tegafur com 2 moduladores).

Os resultados dos ensaios clínicos da fase II com o modulador bioquímico 5 - Etnilfuracil (5 - Ethynyl furacil) usado em associação com 5 - Fu não estão ainda disponíveis.

A droga CPT - 11 está em estágio mais avançado de desenvolvimento e baseados em resultados de vários estudos na fase II, parece ser uma escolha razoável na doença refratária ou resistente ao 5 - fluouracil.

Novos agentes têm se mostrado uma opção no tratamento adjuvante do câncer colorretal e num futuro próximo poderemos ter mudanças nos tratamentos padrões dos pacientes com doença avançada ou risco aumentado de câncer colorretal.

JAWHARI A, KAMMA MA, ET AL - Intra-Abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease: Results of Noninvasive and surgical Management. **Br J Surg**, 1998; 85: 367.

Este artigo de revisão mostra os resultados do tratamento não invasivo e cirúrgico do abscesso pélvico e intra-abdominal associado à doença de Crohn. Foram 36 pacientes tratados no Hospital São Marcos num período de 4 anos.

A drenagem percutânea foi utilizada em 8 de 15 pacientes, sendo que 4 tiveram resolução completa dos abscessos e 4 desenvolveram abscessos recorrentes ou fístulas enterocutâneas necessitando tratamento cirúrgico.

Drenagem espontânea ocorreu em 4 pacientes tratados conservadoramente, sendo que um desenvolveu fístula enterocutânea persistente.

O tratamento cirúrgico foi necessário em 28 dos 36 pacientes estudados, sendo que em 4 pacientes foi necessário um estoma.

Neste estudo concluem os autores que os abscessos pélvicos e intra-abdominais associados a doença de Crohn podem ser tratados conservadoramente com drenagem percutânea, ocasionalmente com sucesso a longo prazo. Entretanto a maioria dos pacientes necessitará de intervenção cirúrgica.

TROWERS EA, GANGA U, HODGES D ET AL - Endoscopic hemorrhoidal ligation: pre liminary clinical experience. **Gastrointest Endosc**, 1998; 48: 49.

O objetivo este estudo foi avaliar a experiência inicial com ligadura endoscópica de hemorróidas internas. Vinte pacientes com hemorróidas internas do segundo e terceiro grau sintomáticas (sangramento) foram submetidos a ligadura elástica durante a sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia.

Todos os pacientes com exceção de um, foram sedados e acima de quatro mamilos as ligaduras elásticas eram feitas a 7 mm da linha pectinea. Os resultados mostraram

que em 90 por cento dos pacientes, uma única sessão foi suficiente para aliviar os sintomas, e em 95 por cento dos pacientes houve redução de um ou mais graus das hemorróidas.

Não houve complicações graves e somente um paciente requereu a retirada dos anéis elásticos.

Os autores concluem que a ligadura elástica para hemorróidas internas, realizada por endoscopia, apresenta várias vantagens sobre a ligadura realizada por anuscopia rígida, e são: 1 - melhor detalhe e visualização através do monitor de vídeo; 2 - Assistentes ou alunos podem acompanhar o procedimento; 3 - o procedimento pode ser gravado; 4 - o tratamento é realizado numa única vez e combinado com exame colonoscópico e 5 - os pacientes podem ser sedados.

LUND JN, SCHOLEFIED JH - A etiology and Treatment of anal fissure. **BR J Surg**, 1996; 83: 1335.

Este artigo faz uma descrição detalhada sobre a fisiologia e farmacologia relacionada ao controle do esfíncter anal interno, e um interessante histórico da etiopatogênia existente e as teorias atuais, principalmente com relação à etiologia isquêmica da fissura anal.

Os tratamentos clínicos e cirúrgicos são discutidos além das novas opções inovadoras, incluindo o tratamento tópico com Nitratos (dinitrato de Isossorbida e Trinitrato de Glicerina) e injeção com toxina botulínica.

MURATA S, MORIYA. Y, AKASU T, ET AL - Resection of both hepatic and pulmonary metastasis in patients with colorectal carcinoma. **Cancer**, 1998; 83: 1086.

Este estudo retrospectivo teve por objetivo avaliar os resultados da ressecção concomitante de metástases hepática e pulmonar no câncer colorretal. Foram selecionados 30 pacientes em que os critérios requeridos eram: que o tumor primário estivesse controlado e que as metástases tratadas fossem somente a hepática e pulmonar.

Os resultados mostraram que de todas as análises multivariadas realizadas, os únicos fatores que influenciaram significativamente no prognóstico foram: o tempo que as metástases pulmonares foram diagnosticadas e a distribuição destas metástases nos pulmões.

Pacientes com metástases metacrônicas hepáticas, pulmonares ou ambas tiveram um prognóstico melhor que os pacientes com metástases sincrônicas ($p = 0.034$). Pacientes com metástase pulmonar unilateral também tiveram prognóstico melhor que pacientes com metástase bilateral ($p = 0.014$). O tempo médio de sobrevida foi de 30 meses após ressecção para metástase pulmonar e hepática associada e 48.5 meses após a ressecção do tumor colorretal primário.

A taxa de sobrevida com um, três e cinco anos foi 86%, 49% e 43% respectivamente.

Os autores concluem que a ressecção de metástases hepáticas e pulmonares de câncer colorretal pode prolongar a sobrevida em pacientes selecionados, portadores destas metástases.