

RESUMOS DE ARTIGOS

LUIS CLAUDIO PANDINI – TSBCP

PANDINI, LC, Resumo de Artigos. **Rev bras Coloproct**, 2003; 23(1):45-46

Dajnis G, Ekblom A; Pahlman L; et al. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy within a defined population in Sweden. **Gastrointest Endosc** 2001; 54: 302-307.

Este trabalho retrospectivo foi realizado com o objetivo de analisar a taxa de complicações da colonoscopia em um hospital comunitário na Suécia num período de 17 anos. Foram avaliadas 6066 colonoscopias, sendo a morbidade nesta série de 0,4% (sangramento, 0,2% ; perfuração, 0,1%). A taxa de complicação foi maior com a colonoscopia terapêutica (1,2%). Os autores concluem que a colonoscopia é um método diagnóstico e terapêutico seguro, mesmo fora dos centros especializados e que a taxa de complicações diminui com a experiência do endoscopista.

Gakerkan GA; Yee J; Hung R; et al. Patient experience and preferences toward colon cancer screening: a comparison of virtual colonoscopy and conventional colonoscopy. **Gastrointest Endosc** 2001; 54: 310-316.

O objetivo deste estudo foi avaliar a tolerância e preferência dos pacientes submetidos a colonoscopia virtual versus colonoscopia convencional. Todos os pacientes foram submetidos aos dois métodos no mesmo dia com a colonoscopia virtual seguida da colonoscopia convencional. Questionários foram preenchidos após ambos os testes. Os critérios avaliados foram dor abdominal, desconforto e "sensação de". Os resultados deste estudo mostraram que a dor, o desconforto abdominal e a sensação de constrangimento foram significativamente maiores com a colonoscopia virtual que na colonoscopia convencional. A maioria significativa dos pacientes prefere a colonoscopia convencional à colonoscopia virtual.

SSpinzi G; Belloni G; Martegani A; et al. Computed tomography colonography and conventional colonoscopy for colon diseases: a prospective, blinded study. **Am J Gastroenterol** 2001; 96: 394-399.

Este estudo teve como objetivo avaliar a sensibilidade, a especificidade e a acurácia diagnóstica da colonoscopia virtual comparada com a colonoscopia convencional. Foram avaliados 96 pacientes. A colonoscopia virtual diagnosticou 7 de 9 tumores, sendo que um não foi diagnosticado devido a preparo inadequado do colon. Em 28 pacientes a colonoscopia virtual detectou 26 de 45 pólipos (57,8% de sensibilidade e 92,6% de especificidade). Não houve diferença significativa nos achados para pólipos menores ou maiores de 10 mm. Dos 19 pólipos não diagnosticados, 68,4% não foram identificados devido ao preparo inadequado. Adenomas planos, angiectasias e úlceras de Crohn foram rotineiramente não diagnosticadas na colonoscopia virtual. Os autores concluem que a colonoscopia virtual mostrou uma baixa sensibilidade para pólipos e não foi útil na investigação de lesões planas. A sensibilidade aumenta com a experiência com o método.

Bovillot JL; Berthou JC; Champault G; et al. Elective Laparoscopic colonic resection for Diverticular disease. **Surg Endosc** 2002; 16: 1320-1323.

Este estudo retrospectivo multicêntrico francês avaliou a segurança e os resultados do tratamento da diverticulite, realizado através da sigmoidectomia laparoscópica por um grande número de cirurgias (10 unidades cirúrgicas). Foram 179 pacientes submetidos à sigmoidectomia laparoscópica eletiva. As indicações cirúrgicas foram crises agudas (123 casos), diverticulite complicada (47 casos) e outros (9 casos). O procedimento laparoscópico foi completo com anastomose

intracorpórea em 136 do total de 154 pacientes ou através de uma pequena incisão com anastomose manual em 18 casos. Não houve mortalidade e a taxa de complicação foi de 14.9% (23 pacientes). O período de íleo foi de 2.5 +/- 0.9 dias (1 a 6 dias) e ingestão oral inicial depois de 3.3 +/- 1.3 dias (1 a 12 dias). A taxa de conversão foi de 13,0% (25 pacientes). As causas para conversão foram obesidade, aderências severas e inflamação intestinal. Os autores concluem que a sigmoidectomia laparoscópica para diverticulite é segura e eficaz. As taxas de complicações e morbidade são semelhantes às observadas na cirurgia convencional e esta técnica é uma excelente indicação para pacientes com doença diverticular.

Poulin EC; Schalachta CM; Grégoire R et al. Local recurrence and survival after laparoscopic mesorectal resection for rectal adenocarcinoma. **Surg Endosc** 2002; 16: 989-995.

Este estudo retrospectivo teve como objetivo avaliar os resultados de um grupo de 80 pacientes não selecionados submetidos a excisão do mesoreto pela via laparoscópica no câncer retal. O período de estudo foi de novembro de 1991 a novembro de 1999. Recidiva local foi definida como qualquer doença metastática detectável durante o seguimento, ocorrendo isolada ou associada a doença generalizada. A média do período de seguimento foi de 31 meses para câncer com estágio I,II e III (TNM) e 15.5 meses para pacientes no

estágio IV. A taxa de sobrevida de 5 anos foi de 65.1% para todos os estágios de câncer e 72.1% para câncer com estágio I, II e III. A taxa de recidiva local foi de 3.75% (3/80) para todos os estágios e 4,3% (3/70) para câncer com estágio I, II e III. Os autores concluem que as taxas de recidiva e sobrevida nos pacientes com câncer retal tratados por excisão do mesoreto por vídeo laparoscopia não apresenta piores resultados que os pacientes operados pela via convencional.

Pulliblack AM; Kirwan C; Rigby HS; et al. Is routine histological reporting of doughnuts after anterior resection for colorectal cancer? **Colorectal Dis** 2001; 3: 198-201.

O objetivo deste estudo foi verificar se a análise dos anéis de ressecção da anastomose é necessária. Foram examinados 100 anéis pós-anastomose em pacientes submetidos a ressecção anterior do reto com anastomose por duplo grampeamento. O exame histológico foi realizado para identificar a presença de doença benigna ou maligna. Os resultados mostraram que 12% dos espécimes apresentavam lesões benignas, incluindo 3% de adenoma. Não foi identificada a presença de doença maligna em qualquer dos espécimes examinados. Os autores concluem que os cirurgiões devem examinar macroscopicamente os anéis da anastomose e enviar para exame histopatológico os anéis suspeitos ou se o tumor está localizado a menos de 3 cm da margem distal da ressecção.