

(21283) - TÉCNICA CIRÚRGICA E CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ANASTOMOSE TTSS (TRANSANAL TRANSECTION AND SINGLE-STAPLED): A PROPÓSITO DE UM CASO

Bruno Vieira¹; Rita Marques¹; Ricardo Vaz Pereira¹; Cátia Ferreira¹; Artur Ribeiro¹; Paulo Sousa¹; Margarida Rouxino¹; Gonçalo Guidi¹; Daniela Martins¹; João Pinto De Sousa¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

Uma das complicações mais temidas após resseções colorretais é o desenvolvimento de deiscência anastomótica e suas consequências com aumento da morbimortalidade. A avaliação dos fatores de risco e de medidas de prevenção da deiscência de anastomose tem sido uma preocupação constante entre os cirurgiões colorretais.

Neste contexto, a descrição de uma abordagem inovadora, que reúne as vantagens da excisão total do mesorreto (aberta, laparoscópica ou robótica) com a transecção anal respeitando margens, com confecção de uma anastomose com uma única linha de agrafos, merece uma apreciação de suas qualidades e uma discussão sobre as suas propriedades e detalhes técnicos.

OBJETIVO

A presente apresentação pretende descrever a técnica TTSS (Transanal Transection and Single-Stapled) num doente submetido a ressecção anterior do reto baixa com anastomose coloanal TTSS e ileostomia proteção por adenocarcinoma reto baixo, cT3N0M0, pós radioterapia neoadjuvante sem significativa resposta terapêutica.

Pretende-se realçar que a percepção cirúrgica traz vantagens importantes, como a transecção retal distal sob visualização, a eliminação de linhas de agrafagem dupla (com custo-efetividade e potencial proteção contra deiscência de anastomose), a eliminação de “dog-ears” e a oportunidade de ser realizada por meio de uma abordagem transanal após uma excisão total

do mesorreto por via abdominal.

MATERIAL E MÉTODOS

Descrição do caso com recurso a imagens dos meios complementares de diagnóstico realizados no pré-operatório, da endoscopia digestiva baixa realizada no pós-operatório e fotografias obtidas durante o intra-operatório incluindo a peça de ressecção.

Caso clínico: Homem de 75 anos, IMC de 19, ECOG 1. Antecedentes pessoais de relevo: adenocarcinoma da próstata diagnosticado em 2019 (submetido a braquiterapia hormonoterapia) em vigilância; hipertensão arterial; ex-fumador há 15 anos, 20UMA; pévio abuso crónico de álcool. Medicado com Omeprazol 20 mg id e Losartan+Hidroclorotiazida 100 mg + 12.5 mg id. Sem alergias conhecidas. Doente encaminhado à consulta de cirurgia geral com diagnóstico de neoplasia do reto diagnosticada por endoscopia digestiva baixa (EDB) durante estudo de anemia. Objetivamente na consulta de cirurgia com aspeto emagrecido, abdómen indolor e sem tumefações, e com lesão palpável aos 5 cm da margem anal, friável, ulcerada, ultrapassável, e dedo de luva com sangue. Dos exames complementares de diagnóstico realizados realça-se: endoscopia digestiva baixa que mostrou neoformação séssil com área central globosa, friável, irregular, com 5cm de diâmetro, aos 10 cm da margem anal, cujo exame anatomopatológico confirmou adenocarcinoma ulcerado. Tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica (TC TAP) com ligeiro espessamento parietal da ampola rectal sem adenomegalias retroperitoneais ou ascite e sem evidência de doença à distância; ressonância magnética (RM) pélvica que revelou uma neoplasia do reto situada a 6cm da margem anal, com 25mm de diâmetro longitudinal, com extensão através da serosa, sem sinais de invasão da fáscia meso-retal e sem envolvimento dos eixos vásculo-nervosos periretais; analiticamente com uma anemia ferropénica com hemoglobina de 11,3 g/dL e com marcadores tumorais elevados (CEA e CA 19.9). Discutido em Consulta de Grupo Multidisciplinar com decisão de terapêutica neoadjuvante (decidida a realização de radioterapia esquema curto devido aos antecedentes pessoais) que decorreu sem intercorrências. A RM pélvica de reavaliação mostrou-se sem significativa resposta terapêutica. Foi posteriormente submetido a ressecção anterior do reto baixa com anastomose coloanal TTSS e ileostomia proteção que decorreu sem intercorrências. O pós operatório decorreu sem intercorrências com anuscopia ao 3ºdia a revelar anastomose visível e íntegra, sem orifícios, estenoses ou hemorragia e com mucosa viável. A avaliação anatomopatológica da peça operatória revelou um adenocarcinoma invasor ypT2 N1a (1/8), com excisão total do mesorreto e com

margem distal de 4cm. O doente foi rediscutido em Consulta de Grupo com decisão de realização de quimioterapia adjuvante que se encontra a realizar.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Na literatura dedicada à cirurgia da neoplasia retal, muitos estudos centraram-se na qualidade da disseção e excisão total do mesorreto, mas há uma escassez de dados comparativos sobre a transecção e anastomose. Assim, até à data, nenhuma estratégia cirúrgica provou ser superior a outra. A principal vantagem da estratégia TTSS é que esta aproveita as vantagens de ambas as abordagens: a excisão total do mesorreto confiável e provada combinada com a transecção transanal e uma anastomose deagrafagem única. Espera-se que a excelente visibilidade e manipulação na pélvis profunda alcançadas após excisão total do mesorreto, permitam na via transanal as vantagens oncológicas na obtenção de margens negativas segurase vantagens funcionais na preservação dos nervos autonómicos do doente. A cirurgia TTSS permite uma transecção do reto uniforme e realizada sob controlo visual, evitando múltiplos disparos e subsequentemente múltiplas linhas deagrafos, que foram identificados como potenciais fatores de risco de deiscência. A anastomose comagrafagem única evita também as conhecidas “dog ears”. A cirurgia TTSS tem-se mostrado uma técnica segura e eficaz que pode ser aplicada independentemente da abordagem preferida (aberta, minimamente invasiva ou transanal) para a disseção do reto baixo. Os seus potenciais benefícios justificam um estudo prospetivo multicêntrico para analisar os resultados funcionais a curto e longo prazo.

Palavras-chave : TTSS, Anastomose