

### (21288) - ENCERRAMENTO PRECOCE DE ESTOMIA DE PROTEÇÃO PÓS-RAR: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Bruno Barbosa<sup>1</sup>; Daniela Melo<sup>1</sup>; Filipa Corte-Real<sup>1</sup>; Andreia Silva<sup>1</sup>; Sara Catarino<sup>1</sup>; Milene Sá<sup>1</sup>; Fernando Valério<sup>1</sup>; Carlos Casimiro<sup>1</sup>; Jorge Pereira<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

#### Introdução:

A neoplasia colorretal é a terceira causa de neoplasia maligna mais comum mundialmente, sendo que a neoplasia do reto compreende um terço destes casos. Estima-se que a neoplasia do reto apresente uma incidência na Europa de 15-25 casos por 100 000 habitantes/ano, com uma mortalidade de 4-10 casos por 100 000 habitantes/ano. Esta neoplasia afeta ambos os sexos de igual forma, sendo a idade média de diagnóstico os 70 anos. O tratamento no cancro do reto depende do estadiamento, sendo que as opções terapêuticas incluem a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a imunoterapia. O tipo de cirurgia depende essencialmente da localização do tumor, contudo os seus objetivos incluem a ressecção oncológica adequada do tumor, com o mínimo de morbilidade associada, nomeadamente, a nível intestinal, urinário e/ou sexual. A fístula anastomótica é uma das complicações *major* das ressecções do reto. Apesar das evoluções tecnológicas e cirúrgicas, a taxa de fístulas anastomóticas varia entre 3-25%. A criação de uma estomia de proteção emergiu como forma de minimizar as consequências das fístulas anastomóticas: reduzem a taxa de reoperações e a morbimortalidade relacionada com as fístulas anastomóticas. Além disso, as complicações relacionadas com a estomia, a necessidade de uma segunda intervenção e a diminuição da qualidade de vida associada à estomia não pode ser desprezada. O *timing* de encerramento das estomias de proteção também é, por isso, alvo de debate. A literatura refere encerramentos precoces até 6 meses, contudo por variados motivos (nomeadamente a necessidade de QT adjuvante) muitos doentes mantêm-se com estomia por períodos superiores a 6 meses. Atualmente as recomendações para a criação de estomia de proteção dependem da presença de fatores de risco para fístula anastomótica: QT/RT neoadjuvante, neoplasias do reto baixo com necessidade de ETM, neoplasias localmente avançadas, complicações intra-operatórias e

fatores relacionados com o doente como sexo masculino, diabetes, anemia, idade avançada, desnutrição e imunossupressão. O nosso serviço desde há vários anos realiza, sempre que possível, encerramentos precoces (15 dias) das estomias de proteção pós-RAR. O protocolo instituído é que o doente realize exames de avaliação de anastomose (retoscopia e TC com contraste retal) uma semana após a RAR e se não for evidenciada fístula anastomótica é realizado o encerramento da estomia de proteção no mesmo internamento.

### **Objetivos:**

Os autores pretendem expor e analisar a casuística de cirurgia de ressecção oncológica do reto, por neoplasia, realizada no seu serviço. Pretendem avaliar esta população, as indicações para a realização de estomia de proteção, as suas complicações, o tempo de internamento e o tempo de espera para encerramento da estomia.

### **Material e Métodos:**

Foi realizado um estudo retrospectivo, analisando os processos clínicos dos doentes submetidos a ressecção oncológica de neoplasia do reto entre 1 de janeiro de 2017 a 31 dezembro de 2022 (6 anos) no Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

### **Resultados:**

Durante o período estudado, foram realizadas eletivamente 201 cirurgias de ressecção oncológica do reto, das quais 129 Ressecção Anterior do Reto. Destes doentes, 74 foram submetidos a RAR com estomia de proteção (88% ileostomias). Foram realizados 43 encerramentos precoces (58%), com mediana de tempo até encerramento da estomia de 15 dias e 31 encerramentos tardios (42%), com mediana de tempo até encerramento de 351 dias. O tempo total de internamento médio foi superior nos doentes em que foi realizado um encerramento de estomia tardio, incluindo reinternamentos por disfunções de estomia.

### **Discussão/Conclusão:**

Embora não exista consenso, a literatura recomenda que o restabelecimento da continuidade digestiva após RAR com estomia de proteção, seja realizado precocemente (até 6 meses). Porém, frequentemente este período prolonga-

se por mais de 12 meses, como se verificou no nosso estudo, em que o grupo de encerramento tardio apresentou um tempo de espera mediano de quase um ano. Este facto desempenha um papel negativo no bem-estar físico, psicológico e social do doente, para além do encargo financeiro, inerente ao material de estomias, bem como nas consultas de estomia, episódios de urgência e eventuais internamentos associado a complicações das estomias. Cerca de 20-74% dos doentes apresentarão complicações relacionadas com a estomia, podendo atrasar/dificultar a realização da quimioterapia adjuvante. Alguns estudos reportaram a segurança do encerramento precoce do estoma com complicações pós-operatórias semelhantes ao encerramento tardio. Os autores pretendem avaliar a sua casuística de doentes submetidos a cirurgia de ressecção oncológica do reto, analisando as indicações para realização de estomia de proteção e demonstrar os benefícios do encerramento precoce das estomias de proteção (menor tempo com estomia e complicações relacionadas).

**Palavras-chave : RAR; Ileostomia de proteção**