

## **INTRODUÇÃO:**

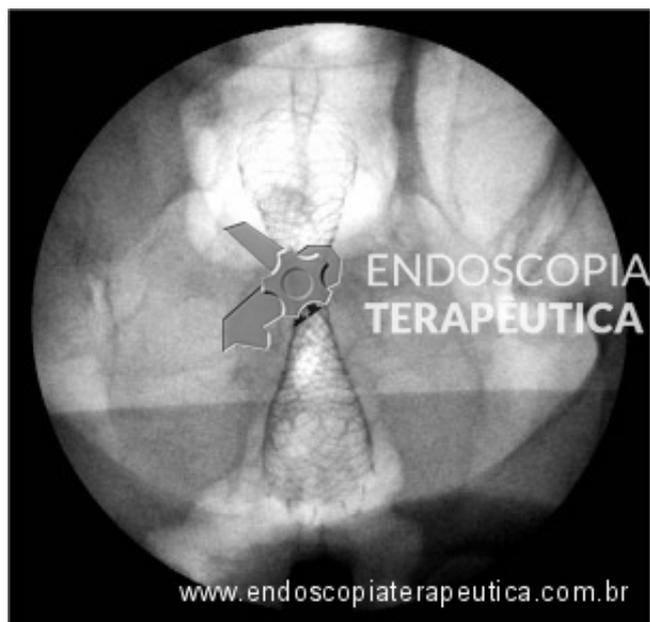
Cerca de 10 a 30% dos pacientes com câncer colorretal (CCR) vão apresentar obstrução colônica como apresentação inicial.

A obstrução colônica aguda é uma condição grave que traz risco de vida, e que requer tratamento cirúrgico imediato.

Dentre os diversos tratamentos cirúrgicos, a cirurgia de Hartmann é o procedimento mais comumente realizado.

Entretanto a cirurgia realizada em caráter de emergência está associada a taxa de mortalidade de 10 a 30%, e de morbidade de 10 a 36%.

Esses dados encorajaram o desenvolvimento de procedimentos alternativos, com maior destaque para o uso endoscópico de prótese metálica auto-expansível (PMAE), que permite o alívio temporário da obstrução colônica aguda (ver figuras abaixo).



pela estenose tumoral.

Radioscopia exibindo cintura no meio da prótese dada



Prótese metálica em paciente com câncer estenosante de reto.

A PMAE pode ser utilizada em **2 indicações**:

- *Como ponte para cirurgia;*
- *Para palição dos sintomas obstrutivos.*

Como ponte para cirurgia, a PMAE permite que o paciente possa receber um preparo pré-operatório adequado do cólon, e também possibilita converter uma situação de emergência em um cenário eletivo. Com esta conduta, diminui-se a necessidade de realização de uma ostomia, bem como aumenta a chance de realização de anastomose primária em um único tempo cirúrgico.

No tratamento paliativo da CCR irresssecável, a PMAE permite a realização de radio e quimioterapia, e em comparação com a cirurgia está associada a menor tempo internação hospitalar, além de evitar a realização de ostomias.

As complicações a curto prazo que podem ocorrer após a passagem da PMAE incluem perfuração, sangramento, tenesmo, dor e incontinência fecal. E a longo prazo as principais são reestenose e migração. Perfuração intestinal é a complicação mais grave pois pode levar a peritonite fecal, podendo ser fatal.

## **ESTUDO DO INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP):**

### ***Objetivo***

Reportar a experiência do ICESP com o uso de PMAE no manejo da obstrução colônica de origem maligna, tanto para a palição dos sintomas, como para ponte antes da cirurgia.

## Metodologia

Análise retrospectiva de dados coletados prospectivamente, em pacientes com obstrução colônica devido CCR submetidos a passagem de PMAE, entre julho de 2010 e Julho de 2014, no ICESP.

Sucesso técnico foi definido como a liberação correta da PMAE através da estenose maligna. E o sucesso clínico foi definido como a resolução dos sintomas de obstrução dentro das primeiras 72 horas após passagem da PMAE.

## Resultados

Foram realizados 42 procedimentos de passagem de PMAE não coberta em 40 pacientes, com mediana de idade de 60.2 anos, e predomínio do sexo feminino (52.5%).

A intenção do tratamento foi palição dos sintomas em 21 pacientes (52.5%), e ponte para cirurgia em 19 pacientes (47.5%).

A localização da obstrução foi mais predominantemente no: reto (30%), junção retossigmóide (22.5%), descendente/sigmóide (22.5%).

O aparelho de colonoscopia de 12.8 mm não pode traspor a estenose em 92.5% dos casos.

A taxa de **sucesso técnico foi de 97.6%**, e de **sucesso clínico de 88%** (ver gráfico 1 abaixo):

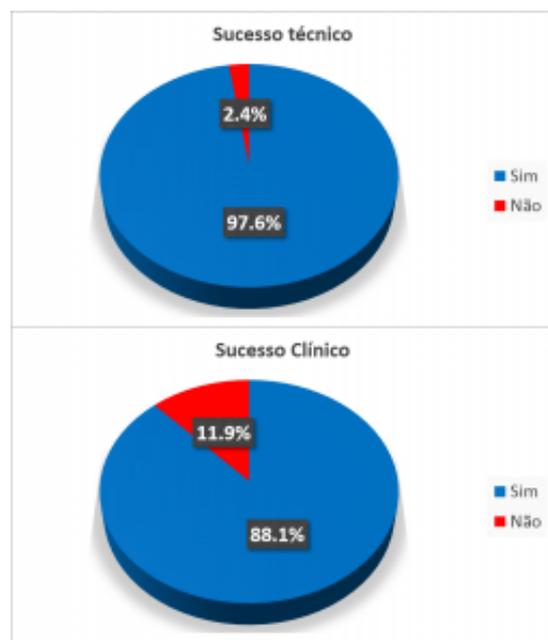


Gráfico 1: Taxas de sucesso técnico e clínico, após passagem de prótese em pacientes com CCR.

Dos 5 pacientes que foram submetidos a cirurgia de urgência após tentativa de PMAE sem sucesso, a taxa de criação de ostomia foi de 88% e de anastomose primária de 40%. Em comparação, dos 16 pacientes que receberam PMAE como ponte para cirurgia com sucesso, a taxa de criação de ostomia foi 50% e de anastomose primária de 75%. Ver gráfico 2 abaixo:

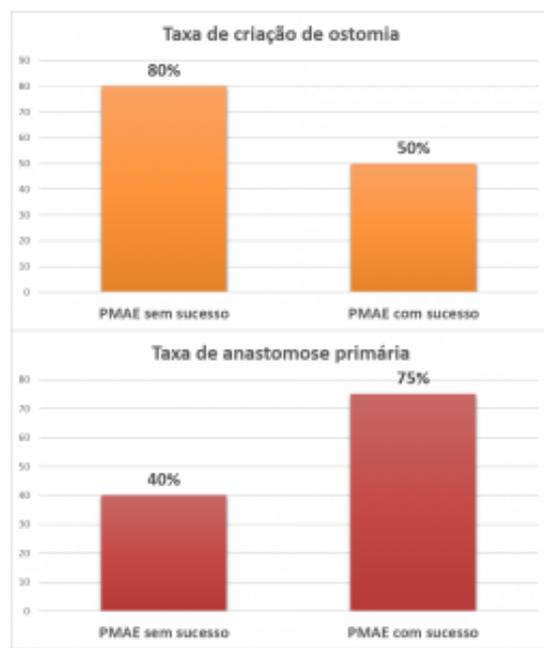


Gráfico 2: Taxas de criação de ostomia e anastomose primária, após passagem de prótese, com e sem sucesso, em pacientes com CCR.

A média de tempo para realização de cirurgia foi de 40 dias, e houveram 3 casos (18.7%) de complicações pela prótese: 2 perfurações e 1 ingrowth (ver gráfico 3).

Dos 21 pacientes que recebem PMAE para palição dos sintomas obstrutivos, a taxa de sucesso foi de 91.3%. Químio e/ou radioterapia foi realizada em 18 casos (85.7%). Durante uma mediana de acompanhamento de 3.12 meses, observaram-se complicações em 42.1%: 3 migrações, 2 ingrowth, 1 dor abdominal severa, 1 hematoquezia e 1 perfuração. A maioria desses casos foram manejados conservadoramente ou com uma segunda prótese, e apenas 1 paciente necessitou de cirurgia devido a perfuração relacionada à prótese. Ver gráfico 3 abaixo:

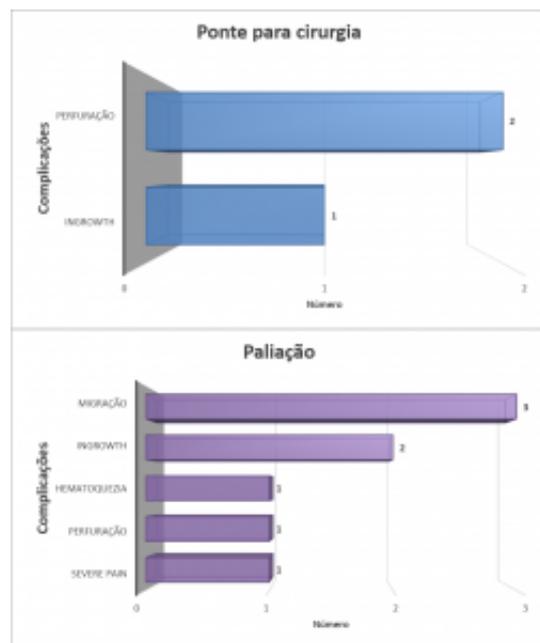


Gráfico 3: Taxas de complicações, após passagem de prótese

em pacientes com CCR.

### Conclusão

O tratamento da obstrução colônica aguda devido ao CCR com PMAE é seguro e efetivo. A PMAE evita a cirurgia de emergência, pode reduzir a taxa de criação de ostomia e permite a realização de tratamento oncológico de forma segura em pacientes com doença disseminada.

### Referências:

Martins BC, Franco MC, Rios JT, Kawaguti FS, Lima MS, Safatle-Ribeiro AV, Sorbello MP, Pennacchi C, Retes FA, Uemura RS, Gusmon CC, Geiger SN, Baba ER, Marques CFS, Ribeiro U, Nahas SC, Maluf-Filho F. Self-Expanding metallic stents for the treatment of malignant colorectal obstruction are effective and safe. *Gastrointest Endosc.* 2015 May; 81(5):AB293.

Lujan HJ, Barbosa G, Zeichen MS, Mata WN, Maciel V, Plasencia G, Hartmann RF, Viamonte III M, Fogel R. Self-expanding metallic stents for palliation and as a bridge to minimally invasive surgery in colorectal obstruction. *JLS.* 2013 Apr-Jun;17(2):204-11.

Repici A, de Paula Pessoa Ferreira D. Expandable metal stents for malignant colorectal strictures. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2011 Jul;21(3):511-33.

Tan CJ, Dasari BV, Gardiner K. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large

bowel obstruction. Br J Surg. 2012 Apr;99(4):469-76.

