
PANDINI LC. Resumo de Artigos. **Rev bras Coloproct**, 2006; 26(1):97-98

Salomon M.J, Payer C K, Young JM, et al. Patient entry into randomized, controlled Trial of colorectal cancer treatment : factors influencing participation. *Surgery* 2003; 133: 608-643.

Este estudo foi realizado para investigar a aceitação de médicos e pacientes em participarem de um hipotético estudo cirúrgico controlado e randomizado para câncer colorretal. Foram retornados questionários por 43 cirurgiões colorretais, 103 médicos oncologistas na Austrália e 100 pacientes com câncer colorretal entrevistados no momento de sua admissão hospitalar para tratamento cirúrgico. Um total de 42% de pacientes, 44% de cirurgiões e 63% de oncologistas concordaram em participar do estudo clínico randomizado. Risco de recorrência do câncer” foi taxado por muitos pacientes e médicos como uma importante razão para recusa de entrar no estudo, embora a forma de randomização e a qualidade de vida foram outras barreiras importantes de recusa pelos pacientes. Os autores concluíram que somente 40 por cento dos pacientes aceitaram entrar no estudo hipotético controlado e randomizado envolvendo cirurgia. A aversão para randomização e a percepção do impacto diferencial de tratamento quanto à recidiva do câncer e qualidade de vida foram as principais barreiras para os pacientes não participarem de protocolos de estudos do tratamento do câncer colorretal.

Braga M, Vignali A, Gianotti L, et al. Laparoscopic VS. Open colorectal surgery : a randomized on short-term outcome. *As Surg* 2002: 236-759

O objetivo deste estudo foi comparar a morbidade pós operatória, no período de 30 dias, entre pacientes operados por laparoscopia e cirurgia aberta. A proliferação de linfócitos e a tensão de oxigênio intestinal foram os parâmetros confrontados. Foram 269 pacientes com doença colorretal operados por cirurgia laparoscópica (N=136) e convencional (M=133). A proliferação de linfócitos foi avaliada no pré-operatório e com 3 e 15 dias no pós-operatório. A tensão de oxigênio intestinal operatória foi monitorada continuamente.

A taxa de conversão no grupo laparoscópico foi de 5.1%.

A morbidade total no grupo laparoscópico foi de 20.6% e no grupo convencional foi de 38.3%. A infecção pós operatória ocorreu em 15 de 136 pacientes operados por laparoscopia e em 31 de 133 pacientes operados pela via convencional. No 3º dia de pós operatório, a proliferação de linfócitos estava diminuída nos 2 grupos.

Com 15 dias de pós operatório, o índice de proliferação retornou a nível basal somente no grupo laparoscópico. A tensão de oxigênio intestinal intra-operatória foi mais alta no grupo laparoscópico. Os autores concluem que a cirurgia laparoscópica colorretal resultou em uma significativa redução da morbidade pós-operatória em 30 dias e que a proliferação de linfócitos e a tensão de oxigênio intestinal foram melhor preservadas no grupo laparoscópico que no grupo convencional.

Swenson Br, Hollenbeak CS, Koltun WA. Hospital costs and risk factors associated with complications of the ileal pouch – anal anastomosis. *Surgery* 2002;132:767-772

O propósito deste artigo foi avaliar os custos associados com as complicações mais comuns da anastomose íleo-anal (AIA) em bolsa e identificar quais os fatores predisponentes.

Mais da metade dos pacientes (53%) teve complicações, sendo que as causas mais comuns foram obstrução do intestino delgado (24%), sepsis pélvica abdominal (6.7%) e desidratação (5.9%). O uso de corticosteróide por mais de 3 meses antes da colectomia aumentou significativamente o risco para qualquer tipo de complicação ($p=0.02$).

Os autores concluem que as complicações foram responsáveis por aproximadamente 44 por cento do custo total para cirurgia de bolsa com anastomose íleo-anal. Fatores que aumentam o risco de complicações da AIA são o uso de corticosteróide, hematócrito baixo, idade maior que 42 anos, procedimentos não eletivos e perda de peso no pré-operatório.

Featherstone JM, Grabhan JA, Fozard JB. Per-anal excision of large, rectal Villous adenomas. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 86-89

O propósito deste artigo foi demonstrar que volumosos adenomas vilosos do reto podem ser ressecados per ânus de maneira convencional e de modo eficaz, continuando a ser uma opção sobre a micro-cirurgia endoscópica transanal. A cirurgia foi realizada com diatermia, respeitando a margem circunferencial e profunda da lesão. Os resultados mostraram que a média de distância da linha pectínea foi 5.6 (0.5 a 11 cm). A média de comprimento das lesões foi 5.2 cm (0.5 a 9 cm). O tempo de permanência hospitalar foi 2 dias (1 a 14 dias). Não houve morbidade e mortalidade pré e pós operatória significativa neste grupo de pacientes. Dez pacientes apresentaram focos de adenocarcinoma no exame anátomo-patológico. A excisão foi considerada completa em 49 de 50 pacientes submetidos à ressecção pelo ânus. O paciente com excisão incompleta recidivou após 6 meses e foi submetido a nova ressecção por alça de diatermia. Dois pacientes apresentaram adenomas vilosos metacrônicos no reto (4.3%). Os autores concluem que adenomas vilosos volumosos do reto baixo e médio podem ser tratados eficazmente por simples excisão local per ânus, com taxa de recorrência equivalente à descrita para micro cirurgia endoscópica transanal, além de oferecer menor custo de tratamento.

Sheila Maria Murad Regadas, Francisco Sergio P. Regadas, Lusmar Veras Rodrigues, Flavio Roberto Silva, Doryane Maria dos Reis Lima e Francisco Sergio Pinheiro Regadas Filho. Importância do Ultra-som Tridimensional na Avaliação Anorretal.

O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância do ultra-som tridimensional na avaliação anatômica do canal anal e no diagnóstico de afecções anorretais. Foram realizados 74 exames, sendo 23 pacientes normais (13 mulheres) e 51 com afecções benignas e malignas (33 mulheres). Foi utilizado um aparelho de ultra-som com transdutor tridimensional 360°. Os indivíduos normais foram avaliados em plano sagital mediano, com relação ao comprimento do canal anal, do esfíncter anal interno, do esfíncter anal externo e do defeito anatômico, no quadrante anterior. Resultados – comparados homens normais com as mulheres, não houve diferenças no comprimento médio do canal anal e do esfíncter anal interno. Já o comprimento médio do esfíncter anal externo é maior no homem e o defeito anatômico anterior é maior na mulher. Nos doentes com afecções anorretais foram diagnosticadas 11 lesões esfíncterianas, 8 fistulas anais, 7 abscessos, 1 endometriose periretal, 1 cisto pré – sacral, 3 tumores no canal anal e 10 no reto. Houve coincidência entre os achados cirúrgicos e ultra-sonografia em todos os pacientes operados. Na conclusão dos autores, a avaliação ultra-sonográfica tridimensional evidenciou as diferenças anatômicas entre os sexos, justificando a maior frequência de distúrbios do assoalho pélvico no sexo feminino. O método permite ainda o diagnóstico nas afecções anorretais em múltiplos planos com elevada resolução espacial, adicionando informações importantes para a decisão terapêutica e assemelhando-se à ressonância nuclear magnética através da bobina intra-retal, com a vantagem de ser mais fácil, mais rápido, de baixo custo e melhor tolerância.