

A PROPÓSITO DA ANASTOMOSE ILEO-ANAL NA COLITE ULCEROSA E NAS POLIPOSES CÓLICAS

A terapêutica cirúrgica da colite ulcerosa e das poliposes cólicas continua, hoje em dia, a rodear-se de aspectos particularmente delicados e ainda não totalmente resolvidos.

Os objectivos a atingir com o acto cirúrgico consistem essencialmente na cura da doença, sem esquecer a conservação, tanto quanto possível, das funções fisiológicas ano-rectais e genito urinárias e em proporcionar ao doente uma boa qualidade de vida, de modo a poder ser convenientemente reintegrado nas suas actividades sociais e profissionais.

Recentemente, o cirurgião dispõe de várias possibilidades para atingir os objectivos acima referidos.

A proctocolectomia com ileostomia definitiva foi durante muitos anos a técnica mais utilizada no tratamento destas afecções. Ela é de realização fácil e praticamente sem complicações; tem, porém, como potenciais inconvenientes a eventual demora da cicatrização da ferida perineal, observada em alguns casos, para além da ileostomia definitiva nem sempre bem tolerada pelos doentes. Por outro lado, manifestam-se, por vezes, complicações urinárias, consequentes da exérese das respectivas fibras nervosas.

Deve, contudo, ser assinalado que, em não raras ocasiões, os operados com esta técnica, mostram-se plenamente satisfeitos com os resultados alcançados, levando uma qualidade de vida que em nada afecta a sua actividade sócio-profissional. Assim tem acontecido com alguns dos nossos operados. Por esta razão, vários autores continuam a realizar este tipo de cirurgia, em casos devidamente seleccionados e nos quais o recurso a outras alternativas cirúrgicas, poderia proporcionar piores resultados. Encontram-se neste grupo os indivíduos idosos, obesos, com má função esfíncteriana, e quando há coexistência de neoplasias malignas (estádio C de Dukes), enxertadas na colite ulcerosa ou nas poliposes. Do mesmo modo, sempre que haja dúvidas na exclusão da doença de Crohn, torna-se imperativo recorrer a esta intervenção e não a uma anastomose ileo-anal.

Com o fim de remediar os inconvenientes atribuídos à ileostomia definitiva, alguns autores como Koch, propuseram uma série de alterações na sua confecção de modo a torná-la continente. Porém, apesar de alguns bons resultados referidos em algumas séries da literatura, não são raros os relatos correspondentes à necessidade de revisão cirúrgica do sistema valvular, a oclusões e mesmo a algumas situações em que foi necessário desfazer tal modificação e retomar a técnica clássica.

Outra intervenção que teve um grande sucesso no tratamento destas afecções foi a exérese de todo o segmento cólico afectado, com anastomose do ileo ao topo rectal. Tal intervenção rodeia-se de baixa mortalidade, é de fácil execução, não necessita de ileostomia, nem é seguida de alterações genito-urinárias. Apresenta, porém, como graves inconvenientes, a proctite do coto rectal restante, com eventual potencial para a reactivação da doença em causa, ou mesmo futura cancerização, assinalada em algumas séries. Por outro lado, quando a anastomose é muito baixa, pode-se estabelecer crises graves de diarreia, com todos os inconvenientes por ela ocasionados.

Presentemente, alguns autores continuam a julgar lícito a sua realização quando há poucos pólipos na porção inferior do recto, nos indivíduos obesos ou mesmo quando a dificuldade da exclusão da doença de Crohn, contra-indica uma anastomose ileo-anal. Deve, contudo, insistir-se na necessidade de proporcionar a maior atenção ao *follow-up* destes doentes, não se hesitando na realização de endoscopias e biópsias, com relativa frequência. Procedemos, deste modo, com os nossos operados, alguns com vários anos de *follow-up* e não registamos nenhum caso de cancerização, que nos obrigasse a reoperar para efectuar uma proctectomia.

Finalmente, fez-se renascer a intervenção designada por proctocolectomia com mucosectomia anal, já realizada, em 1933 por Nissen, em 1947 por Ravitch e Sabiston e durante largos anos pouco utilizada, sendo retomada por Parks e Nichols em 1978 e por Peck em 1980, com a introdução de um reservatório jejunal.

Esta técnica, pelo menos teoricamente, preenche todos os requisitos acima referidos, considerados como objectivos primordiais a atingir com o tratamento cirúrgico das afecções em causa. Assim, ressecados o colon e recto afectados, não necessita de uma ileostomia definitiva, preserva as funções sexuais e urinárias, e proporciona numa grande maioria de casos, razoável continência anal.

Com o fim de diminuir o número de dejectões, idealizaram-se vários tipos de bolsas jejunais: em J (Utsonomiya), em S (Parks), em W (Nichols). Os resultados obtidos foram nos seus aspectos gerais bons; a anastomose ileo-anal é a intervenção que mais vezes se realiza, hoje em dia, na terapêutica cirúrgica da colite ulcerosa e das poliposes cólicas.

Deste modo, contam-se, actualmente por milhares as anastomoses ileo-anais, com reservatório referidas na literatura, merecendo realce as séries de Dozois, Fazio, Vein-denheimer, nos Estados Unidos e as de Parc, Nichols, Gozetti na Europa.

Apesar disso, torna-se indispensável acentuar que esta intervenção não está isenta de complicações, como *sepsis* pélvica, oclusões, estenoses e *pouchitis*. Por outro lado, não há ainda unanimidade sobre diversos aspectos técnicos e fisiopatológicos dela dependentes.

No que respeita aos primeiros, todos reconhecem as vantagens proporcionadas pela confecção duma manga muscular rectal o mais curta possível; não há acordo sobre as eventuais vantagens da realização da anastomose com sutura mecânica sobre a manual. Os partidários desta última técnica, argumentam (a nosso ver com certa razão, sendo por isso a técnica por nós seguida) que é indispensável realizar a mucosectomia anal para evitar futura reactivação da doença ou até cancerização da mucosa restante, o que não é conseguido através da sutura mecânica.

Em relação aos pormenores de ordem fisiopatológico, ainda é cedo para se obter resposta suficientemente válida sobre eventuais alterações histológicas parietais das bolsas em questão, sem igualmente esquecer possíveis repercussões na dependência da flora bacteriana que nelas se possa enxertar.

Dada a circunstância de colaborarmos intimamente com um grupo de gastroenterologistas altamente diferenciados nas doenças inflamatórias intestinais, tem-nos sido dada a possibilidade de operarmos um número considerável de doentes com doença de Crohn e alguns de colite ulcerosa.

Nestes últimos casos temos recorrido, sistematicamente, à realização de anastomoses ileo-anais, com bolsa em J. Os nossos resultados confirmam plenamente o que tem sido assinalado nas grandes séries mundiais.

Julgamos, porém, fundamental insistir nas regras indispensáveis que devem presidir à sua realização: idade não superior a 60-65 anos, exclusão da doença de Crohn, boa tonicidade esfinteriana e, pormenor de alto interesse, experiência do cirurgião.

Torna-se de igual importância uma esclarecedora entrevista pré-operatória com o doente em causa no sentido de o informar que embora a anastomose ileo-anal o possa libertar do traumatismo duma ileostomia definitiva, poderá obrigá-lo a um período de readaptação mais ou menos longo, no que respeita ao número de dejectões diárias.

Finalmente, parece-nos da maior importância acentuar as actuais possibilidades de uma cirurgia precoce das afecções em causa, proporcionando, na maior parte dos casos uma boa qualidade de vida aos respectivos operados. Por esta razão, gastroenterologistas, clínicos gerais e cirurgiões devem cada vez mais participar num franco diálogo, não atrasando a solicitação da cura cirúrgica destas doenças cuja degenerescência não é de desprezar.

ARAÚJO TEIXEIRA