

Experiência Brasileira em Cirurgia Laparoscópica Colorretal

Brazilian Experience in Laparoscopic Colorectal Surgery

COORDENADOR

Fco. Sérgio P. Regadas (CE)

DEBATEDORES CONVIDADOS

Marcelo Averbach (SP)

Fábio Campos (SP)

Luis Cláudio Pandini (SP)

Alfredo José dos Reis Neto (SP)

José Reinan Ramos (RJ)

RESUMO O objetivo desta Mesa Redonda é discutir com cirurgiões colorretais experientes em procedimentos videolaparoscópicos sobre a experiência brasileira com os procedimentos colorretais laparoscópicos, procurando determinar as indicações, limitações, contra-indicações, resultados das ressecções oncológicas e as razões pelas quais não popularizou-se tanto quanto outros procedimentos cirúrgicos digestivos.

Palavras-chave: LAPAROSCOPIA; CIRURGIA; CÓLON; RETO.

ABSTRACT *The aim is to discuss with experienced colorectal surgeons in laparoscopic procedures about the Brazilian experience in laparoscopic colorectal procedures, trying to obtain determine the indications, limitations, contra-indications, results in oncologic resections and the reason why the laparoscopic approach didn't popularize as much as other digestive procedures.*

Key words: LAPAROSCOPY; SURGERY; COLON; RECTUM.

REGADAS FSP, AVERBACH M, CAMPOS FGCM, PANDINI LC, NETO AJR, RAMOS JR. Experiência Brasileira em Cirurgia Laparoscópica Colorretal: Mesa Redonda. Rev bras videocir 2004;2(2):93-97.

A cirurgia colorretal laparoscópica teve seu início em 1990 quando Jacobs (Miami-EUA) realizou uma colectomia direita para o tratamento de adenoma no ceco. Em Dezembro do ano seguinte (1991), realizamos os primeiros quatro procedimentos colorretais laparoscópicos no Brasil (reconstituição do trânsito intestinal pós Hartmann). Desde então, vários grupos de cirurgiões passaram a adotar o método, desenvolvendo técnicas para mobilização do cólon e ligaduras vasculares, sendo constituído um protocolo nacional, apoiado pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia, cujos resultados foram publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Atualmente, o grupo brasileiro detém uma das maiores experiências mundiais no acesso laparoscópico em Coloproctologia. No entanto, tem

sido observado que houve pouco avanço no número de cirurgiões a praticar o método. Daí a idéia de convidar cinco renomados especialistas com vasta experiência em cirurgia colorretal laparoscópica, aos quais formulamos cinco questões procurando explorar os aspectos mais importantes no sentido de obter-se uma visão mais ampla possível sobre a prática do acesso laparoscópico colorretal em nosso país.

SÉRGIO REGADAS

- **Em que situações você indica prioritariamente o acesso laparoscópico?**

MARCELO AVERBACH - Tenho indicado o acesso laparoscópico em pacientes portadores de

afecções benignas que não tenham contra-indicação clínica para a laparoscopia.

FÁBIO CAMPOS - Nas seguintes situações:

1. Realização de colostomias:
 - a) para derivação de massas irredutíveis, obstrutivas, associadas a fistulas, carcinomatose ou “pelve congelada”;
 - b) precedendo a quimio-irradiação (alguns casos de câncer de reto ou canal anal);
 - c) em infecções pélvicas ou perianais (doenças inflamatórias, Fournier, etc).
2. Em ressecções paliativas de doença maligna avançada;
3. Em ressecções curativas de pequenos tumores sigmoideanos ou retais, principalmente na amputação de reto;
4. No tratamento de doenças benignas (doença diverticular, megacólon, ileíte de Crohn, pólipos, lipomas, angiодisplasias, proci-dência);
5. Na reconstituição de trânsito pós-Hartmann.

REIS NETO - O acesso laparoscópico tem indicação em todas as enfermidades benignas dos cólons que necessitem de terapêutica cirúrgica programada. A videolaparoscopia nas cirurgias de urgência, ou emergência, requer uma avaliação minuciosa das condições do paciente, do tipo de enfermidade e da capacidade técnica do cirurgião. Exemplifico: as doenças inflamatórias intestinais (DII) em fase supurativa ou perfurativa requerem uma habilidade técnica muito grande e podem expor o paciente a riscos cirúrgicos desnecessários. Atualmente, o acesso laparoscópico é prioritário para o tratamento dos tumores do reto baixo com indicação de amputação abdomino-perineal.

LUIS PANDINI - Indico na doença diverticular eletiva, em pólipos não passíveis de ressecção endoscópica e em casos selecionados de reconstrução pós-Hartmann, megacólon, prolapso retal completo, doença inflamatória intestinal, polipose intestinal e realização de colostomia e ileostomia. No câncer colorretal, indico em casos selecionados e localizados no sigmóide, reto superior, reto inferior e cólon direito.

REINAN RAMOS - Indico prioritariamente no tratamento da doença diverticular do sigmóide não

complicada, no prolapso retal completo (retopromontofixação), na doença de Crohn ileocecal (VL assistida), nas colectomias por tumores benignos, na reconstituição do trânsito intestinal pós-Hartmann, na retocolite ulcerativa ou polipose familiar (proctocolectomia com ou sem bolsa em J-VL assistida) e nos cânceres não avançados do reto superior, sigmóide e canal anal.

SÉRGIO REGADAS

- **Com relação ao seu movimento cirúrgico, qual o percentual de procedimentos laparoscópicos ?**

MARCELO AVERBACH - Em relação ao meu movimento de cirurgia colorretais, cerca de 30% são realizadas por via laparoscópica.

FÁBIO CAMPOS - Considerando-se apenas o movimento de cirurgias colorretais, meu percentual de procedimentos laparoscópicos é de aproximadamente 20 %. Contribuí para isso a seleção pré-operatória dos doentes, que acaba excluindo aqueles que não apresentam características favoráveis para realização de operações videolaparoscópicas, como os pacientes já submetidos a operações abdominais prévias, portadores de tumores colorretais que não se enquadram nos critérios apresentados na primeira pergunta, pacientes muito obesos e com condições clínicas associadas (doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatias, etc). Infelizmente, ainda existe um grupo minoritário de pacientes em que não é possível utilizar técnicas de videocirurgia pela indisponibilidade do material laparoscópico (hospital público) e ou impossibilidade de seu uso (não liberação por convênios e seguros).

REIS NETO - Está na íntima relação com a enfermidade presente e com a experiência da equipe. Em se tratando de enfermidades benignas como na enfermidade diverticular hipertônica dos cólons (perissigmoidite ou abscesso localizado), no megacólon adquirido, na proci-dência retal, na inércia cólica e na apendicite aguda esta via de acesso é prioritária e beira os 90%. Na “Doença Inflamatória Intestinal” com indicação de cirurgia programada, o acesso laparoscópico está em torno

de 60%. Em pacientes com câncer colorretal a porcentagem cai para 30%. Pesa muito nestas indicações alguns fatores extras: treinamento de residente, condições do paciente e volume/tamanho/localização da neoplasia.

LUIS PANDINI - Atualmente a ressecção laparoscópica representa cerca de 25 a 30 por cento do meu movimento cirúrgico. Nos casos onde o acesso laparoscópico está indicado tenho operado cerca de 60 por cento por esta via.

REINAN RAMOS - No Serviço de Coloproctologia do Hospital do Andaraí o acesso videolaparoscópico é utilizado em 20% das operações abdominais. Na clínica privada ocorre em 40% em função, basicamente, das melhores indicações.

SÉRGIO REGADAS

- Você indica o acesso laparoscópico para o câncer colorretal ?
- Se afirmativo, em quais situações ?

MARCELO AVERBACH - Atualmente tenho indicado o acesso laparoscópico no câncer, somente quando se trata de pólipos degenerados com indicação de ressecção cirúrgica.

FÁBIO CAMPOS - Sim. Indico para tumores pequenos do sigmóide ou reto alto sem sinais de invasão local, para tumores de reto baixo com indicação de amputação do reto e nas ressecções paliativas em qualquer localização.

REIS NETO - Sim. A via laparoscópica é prioritária para os pacientes com tumores de reto baixo ou alto. Para os tumores de reto médio irá depender das condições anatômicas da pelve. Os atuais grameadores não facilitam a secção da ampola retal aos 4 ou 5 centímetros da linha pectínea, principalmente em pacientes obesos e com pelves estreitas - nestas circunstâncias, a utilização de uma via combinada (incisão transversa supra-púbica) ou de uma técnica de abaixamento (Mandache ou mesmo Cutait) pode ser uma alternativa válida no acesso laparoscópico. Considero o acesso laparoscópico extremamente válido para os tumores do

hemicólon esquerdo e transversal. Entretanto, seleciono a laparoscopia apenas para os pequenos tumores do hemicólon direito.

LUIS PANDINI - Utilizo o acesso laparoscópico no câncer colo-retal desde 1994, de maneira seletiva. Indico preferencialmente em tumores do sigmóide, reto superior, reto inferior e cólon direito, móveis e não aderidos.

REINAN RAMOS - Sim. Indico prioritariamente nos tumores classificados como T1, T2, T3 localizados no cólon direito, esquerdo, sigmóide, reto superior e porção distal do reto inferior.

SÉRGIO REGADAS

- Indique o seu índice de conversão ou alternância e qual a principal causa ?

MARCELO AVERBACH - O meu índice de conversão é de cerca de 3 %. A principal causa de conversão é dificuldade de orientação anatômica nos processos inflamatórios agudos.

FÁBIO CAMPOS - Meu índice médio de conversão é de 12% e a causa mais freqüente é a dificuldade técnica causada pela presença de aderências. Menos comumente, lesões iatrogênicas intra-operatórias (lesão vascular e de alças) foram causa de conversão.

REIS NETO - Nos últimos 50 casos, é inferior a 3%. A razão fundamental desta baixa alternância é a seleção rigorosa dos pacientes e uma melhor experiência técnica da equipe cirúrgica.

LUIS PANDINI - No início de minha experiência o índice de alternância era cerca de 25 por cento. Atualmente, devido a seleção dos pacientes e do tipo de patologia, a taxa de alteração ou conversão é de aproximadamente 8 por cento. A principal causa é dificuldade técnica.

REINAN RAMOS - A taxa de conversão em nosso Serviço é de 9,5%. Massa/Tumor foi a principal causa.

SÉRGIO REGADAS

- Por que a cirurgia colorretal laparoscópica não conseguiu ainda popularizar-se ? Teria alguma sugestão para acelerar este processo ?

MARCELO AVERBACH - A cirurgia colorretal requer não somente maior habilidade cirúrgica, como equipamentos e materiais específicos e onerosos. Além disso, a indicação é menos freqüente do que outros procedimentos, como "por exemplo" a colecistectomia, fazendo com que um menor número de cirurgiões sejam treinados e, portanto, indiquem menos a via laparoscópica na Coloproctologia.

Talvez o processo de incorporação da cirurgia laparoscópica em Coloproctologia possa ser acelerado por cursos práticos onde os cirurgiões possam ser treinados e, posteriormente, assistidos nos primeiros procedimentos, fazendo com que o primeiro contato e resultados iniciais sejam favoráveis e estimulantes.

FÁBIO CAMPOS - Acredito que a dificuldade para este procedimento se popularizar deve-se ao fato de que a cirurgia colorretal é um procedimento avançado e, como tal, requer especialização, treinamento, sabedoria (para indicar), paciência (para realizar) e material específico (que eleva os custos).

A aceleração deste processo vai ocorrer na medida em que se acumule experiência suficiente para provar de maneira inequívoca seus reais benefícios - ou seja, em quais situações a videocirurgia é mais bem indicada. Essa avaliação deve ser ampla e incluir benefícios como rápida recuperação pós-operatória, menor morbidade, além de custos, pelo menos, equivalentes.

REIS NETO - Este assunto tem sido bastante discutido e segue controverso. A colectomia videolaparoscopia apresenta um grau de dificuldade maior de execução, requerendo um melhor conhecimento da laparoscopia e da cirurgia colorretal. Necessita, portanto, um treinamento mais demorado e um número maior de pacientes por ano para um bom treinamento. Além disso, requer um aparelhamento técnico dispendioso, nem sempre coberto pelos seguros-saúde. Os novos instrumentos de secção e ligadura vascular são

excelentes, porém, muito além da cobertura dos convênios. Muito embora existam trabalhos demonstrando vantagens deste acesso laparoscópico tanto na recuperação do paciente quanto nos resultados a curto e longo prazo, a relação custo/benefício não tem sido significativamente relevante para impor o método. Interessante ressaltar a procura pelo curso de cirurgia laparoscópica no último Congresso da American Society of Colon and Rectal Surgeons e a mudança observada quanto aos resultados.

LUIS PANDINI - Na minha opinião as causas são múltiplas. Em primeiro lugar, a cirurgia colorretal é mais complexa que a colecistectomia, a correção do refluxo gastro-esofágico, as hernioplastias, a esplenectomia, etc. Requer um período bem maior de aprendizado, muitas vezes dispendioso e com custo elevado para o cirurgião. Na cirurgia laparoscópica é necessário que o cirurgião tenha um bom volume de cirurgia abdominal para que possa selecionar seus pacientes para o acesso laparoscópico, o que na prática não ocorre com grande parte dos especialistas em Coloproctologia. Outro óbice é a indicação no câncer colorretal. Os implantes nos locais dos trocartes tiveram, e ainda têm, uma influência restritiva a esta via de acesso. Nas colectomias laparoscópicas o tempo operatório é mais prolongado e o custo da aparelhagem, dos instrumentais e a baixa remuneração dos profissionais inviabiliza muitas vezes a preferência por esta técnica. Nos serviços ou hospitais em que o volume de cirurgia colorretal permite a seleção de pacientes para realização de cirurgia laparoscópica, poderiam formar-se equipes cirúrgicas interessadas em desenvolver esta técnica. Os centros que já realizam estes procedimentos tornar-se-iam referência para cirurgiões interessados neste método, e estariam ligados às sociedades afins. O uso de dispositivos para utilização da mão, ou as cirurgias combinadas (parte laparoscópica, parte convencional), poderiam fazer parte do treinamento do cirurgião com pouca experiência em videocirurgia. E, por último, é importante salientar que no início da experiência a cirurgia tutorada, com a seleção adequada dos pacientes e do tipo de patologia, é a melhor maneira de diminuir o risco de complicações inerentes ao método.

REINAN RAMOS - A maior utilização do acesso videolaparoscópico depende de vários fatores. Entretanto, a equação treinamento/curva de aprendizado demorada (volume de operações) associada à remuneração não diferenciada, diminui a motivação dos especialistas. Além disso, as controvérsias em relação às indicações e resultados baseados em evidências, junto ao não esclarecimento dos benefícios do uso do acesso à população e aos médicos não especialistas, mantém o ritmo lento de crescimento. Uma maior divulgação, principalmente, para os médicos não especialistas poderá motivar os especialistas e acelerar este processo.

COMENTÁRIOS FINAIS

Atualmente, as indicações, limitações, contra-indicações e as técnicas cirúrgicas laparoscópicas colorretais estão muito bem estabelecidas. Consta-se, portanto, que não é um método para ser adotado de maneira indiscriminada para todas as afecções colorretais.

É necessário que o especialista tenha a devida noção de quando indicar o acesso laparoscópico no sentido de evitar-se a conversão, pois este é um fator que eleva substancialmente os custos do procedimento cirúrgico, além de prolongar bastante o tempo operatório.

Com relação às neoplasias malignas, tanto a experiência do grupo nacional, quanto à literatura

internacional, demonstram resultados semelhantes ao acesso laparotômico quando adequadamente indicados - ou seja, nos casos de tumores restritos à parede do intestino, excetuando-se aqueles localizados no 1/3 médio do reto, devido à dificuldade em se realizar a secção grampeada do reto em níveis muito baixos. Daí o reduzido índice de conversão praticado pelo grupo brasileiro (média de 7,0%).

Com relação ao lento avanço na popularização do acesso laparoscópico em Coloproctologia, concordo com o exposto pelos demais colegas quando ressaltaram, sobretudo, a necessidade de superar a curva de aprendizagem que, em geral, é considerada em torno de 40 procedimentos cirúrgicos.

É, portanto um método excepcional para os pacientes devido aos bons resultados obtidos no pós-operatório, tanto pela redução da dor quanto das complicações trombo-embólicas, infecciosas e de parede abdominal, mas péssimo para o cirurgião devido à longa curva de aprendizado e tempo cirúrgico mais prolongado, especialmente no início da experiência.

As novidades cirúrgicas que avançam de forma célere são aquelas boas para o paciente e ainda melhores para o cirurgião.

Ao finalizarmos esta discussão, gostaria de agradecer aos nossos ilustres convidados por aceitarem nosso convite e pela brilhante participação nesta discussão.

Mesa Redonda - Experiência Brasileira em Cirurgia Laparoscópica Colorretal

Marcelo Averbach (São Paulo, SP)
Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Cirurgião do Hospital Sírio Libanês São Paulo, SP
maverbach@uol.com.br

Luis Cláudio Pandini (Araçatuba, SP)
Mestre em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela FMUSP; Chefe do Serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Araçatuba, São Paulo; TSBCP
videolap@terra.com.br

José Reinan Ramos (Rio de Janeiro, RJ)
Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Municipal do Andaraí. Mestre em Cirurgia pela Universidade de Illinois-Chicago-EUA; Membro Nato do Conselho Superior do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; TCBC, TSBCP
j.reinan.ramos@openlink.com.br

Fábio Campos (São Paulo, SP)
Médico-Assistente da Disciplina de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Doutor pela Faculdade de Medicina da USP; Secretário da SOBRACIL-SP
fgmcampos@terra.com.br

Alfredo José dos Reis Neto (Campinas, SP)
Professor Titular da PUC-Campinas; Presidente da Associação Latino Americana de Coloproctologia; Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.
Delegado da International Council of Coloproctology
reisneto@lexxa.com.br

Fco. Sérgio P. Regadas (Fortaleza, CE)
Professor Titular, Coordenador da Disciplina de Cirurgia Digestiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; TSBCP, TCBC, TCBCD.
sregadas@baydenet.com.br