

CIRURGIA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA

A Experiência de uma Unidade de Coloproctologia

Sónia Ribas, Pedro Leão, Ricardo Pereira, Nisalda Rosa, Sandra Martins, Javier Lamelas, Mesquita Rodrigues

Hospital de Braga

Serviço de Cirurgia

Director: Dr. Mesquita Rodrigues

Unidade de Coloproctologia

Responsável: Dr. Mesquita Rodrigues



**Hospital
Braga**



CIRURGIA

INTRODUÇÃO

- O sucesso da colecistectomia laparoscópica revolucionou a cirurgia minimamente invasiva e permitiu a extensão das técnicas laparoscópicas aos mais diversos procedimentos da Cirurgia Geral
- Estudos multicêntricos e randomizados confirmaram a abordagem laparoscópica como uma abordagem válida e segura na patologia colorrectal, quer benigna quer maligna
- A primeira cirurgia laparoscópica por neoplasia colorrectal foi realizada em 1991
- Técnica segura a nível oncológico

Sobrevida global

Taxas de recorrência

Recorrência no local das portas

INTRODUÇÃO

- Vantagens

 - Menor dor pós-operatória

 - Menor morbidade

 - Menor tempo de internamento

 - Retorno ao trabalho mais precoce

 - Melhor resultado estético

 - Menos aderências?

 - Menos hérnias incisionais?

- Limitações

 - Curva de aprendizagem

 - Volume cirúrgico

 - Maior tempo cirúrgico

 - Maior custo

MATERIAL E MÉTODOS

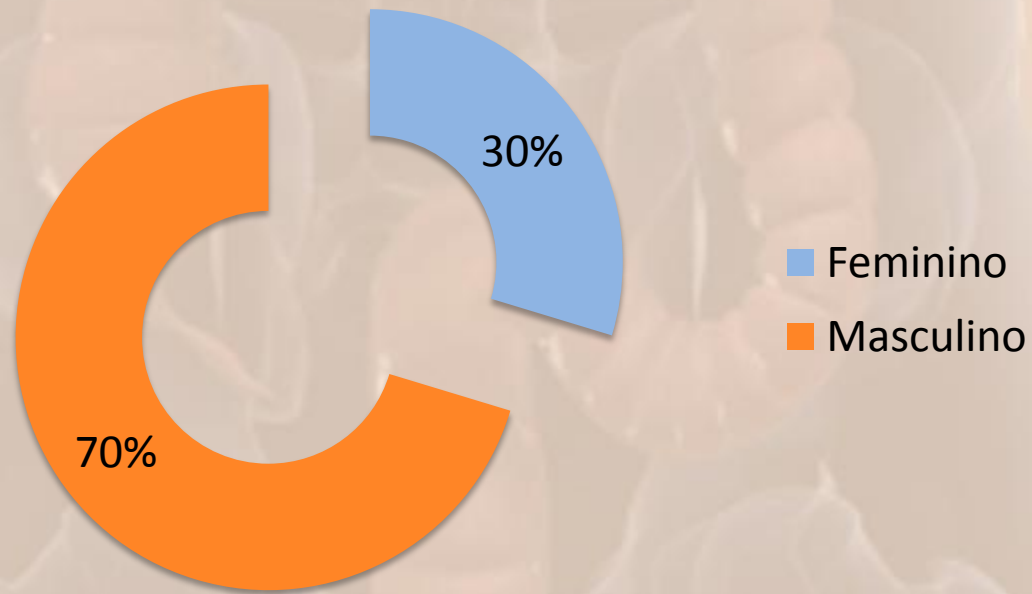
- Estudo retrospectivo
- Período entre Janeiro de 2007 e Abril de 2012
- Todas as cirurgias colorrectais laparoscópicas
- Realizadas pela Unidade de Coloproctologia

N=64

RESULTADOS - Doentes

▪ Sexo

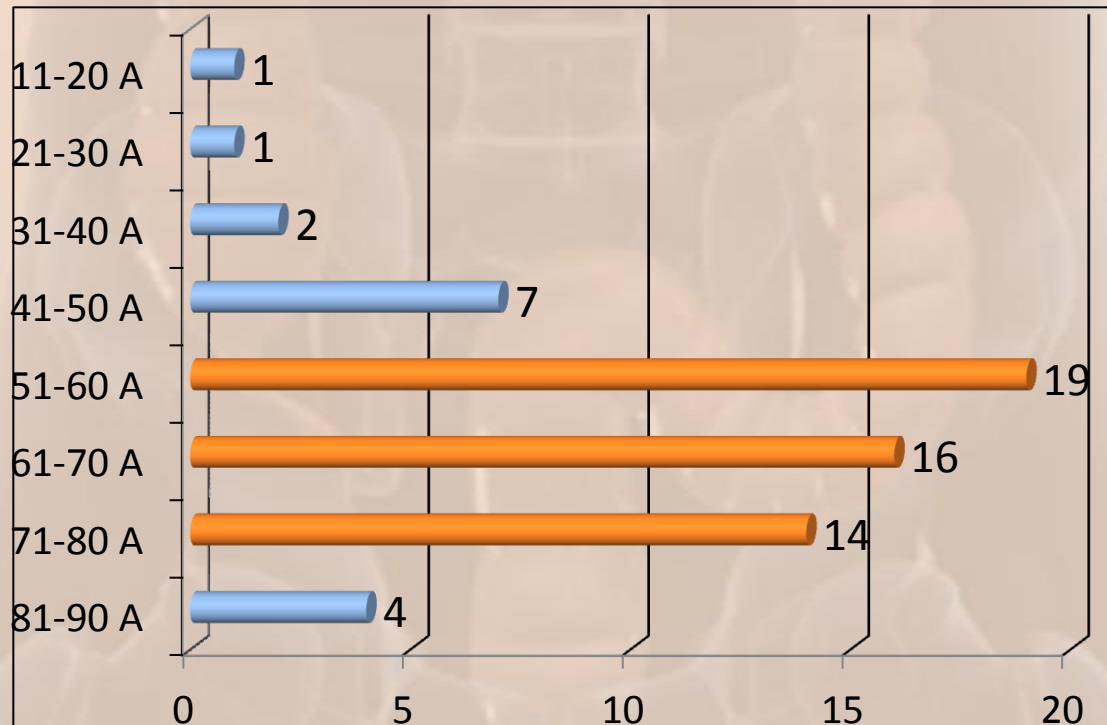
N=64



RESULTADOS - Doentes

▪ Idade

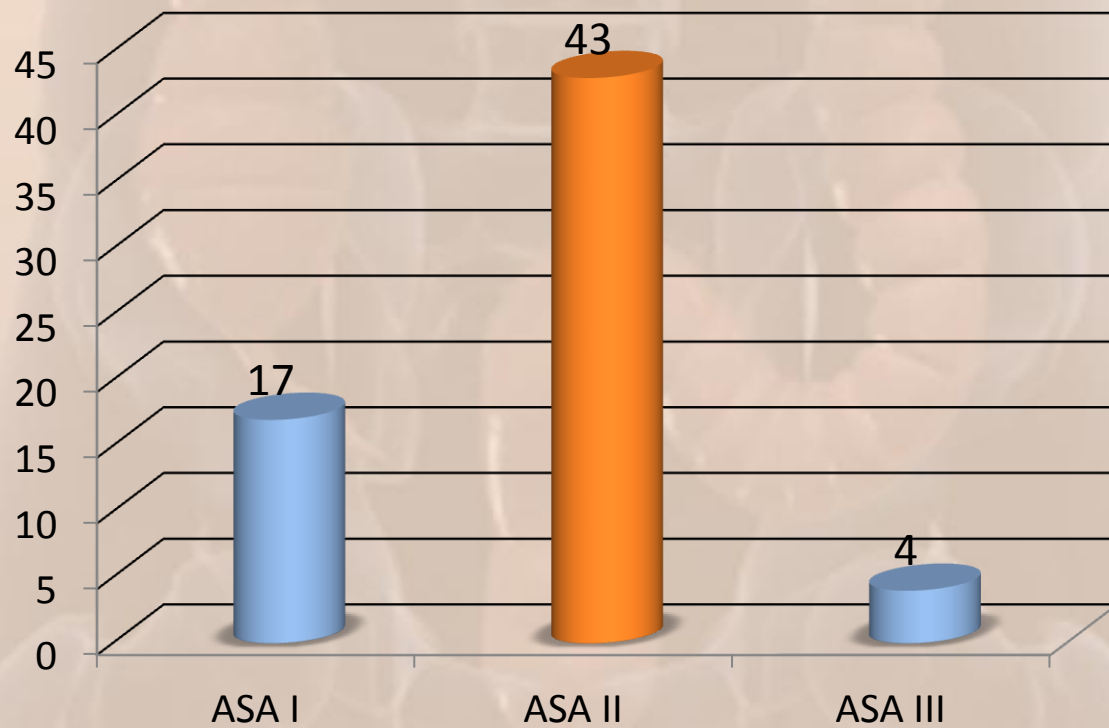
N=64



RESULTADOS - Doentes

■ ASA

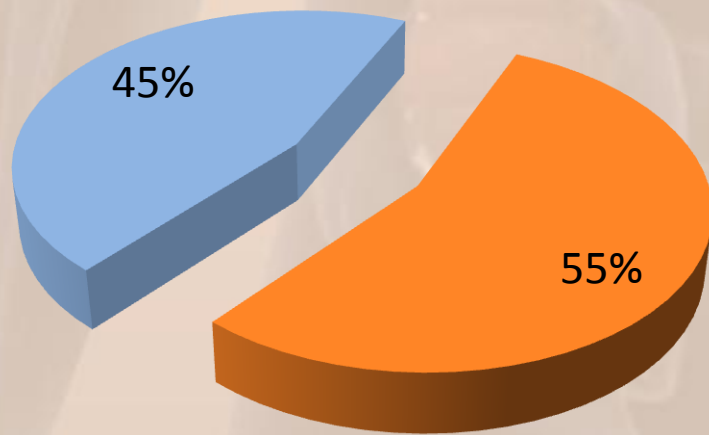
N=64



RESULTADOS - Patologia

▪ Diagnóstico pré-operatório

N=64



■ Maligno ■ Benigno

Patologia Maligna	
Adenocarcinoma	24
Pós-polipectomia com invasão	11
Patologia Benigna	
Pólipos	16
Doença diverticular	4
PAF	3
Lipoma	2
Inércia cólica	1
Prolapso rectal	1
Tumor neuroendócrino	1

RESULTADOS - Patologia

▪ Localização

N=64

Patologia Maligna	
Sigmóide	14
Cego	8
Ascendente	8
Recto	3
Transição RS	1
Ângulo hepático	1

Patologia Benigna	
Cego	10
Sigmóide	9
Todo cólon	5
Ascendente	4
Ângulo hepático	1
Tumor neuroendócrino	1

RESULTADOS - Cirurgia

N=64

- Preparação para cirurgia

Todos os doentes realizaram antibioprolaxia

1º toma - 30 min antes do início da cirurgia

3 tomas pós-operatórias

Preparação mecânica do cólon

Anterógrada – 61%

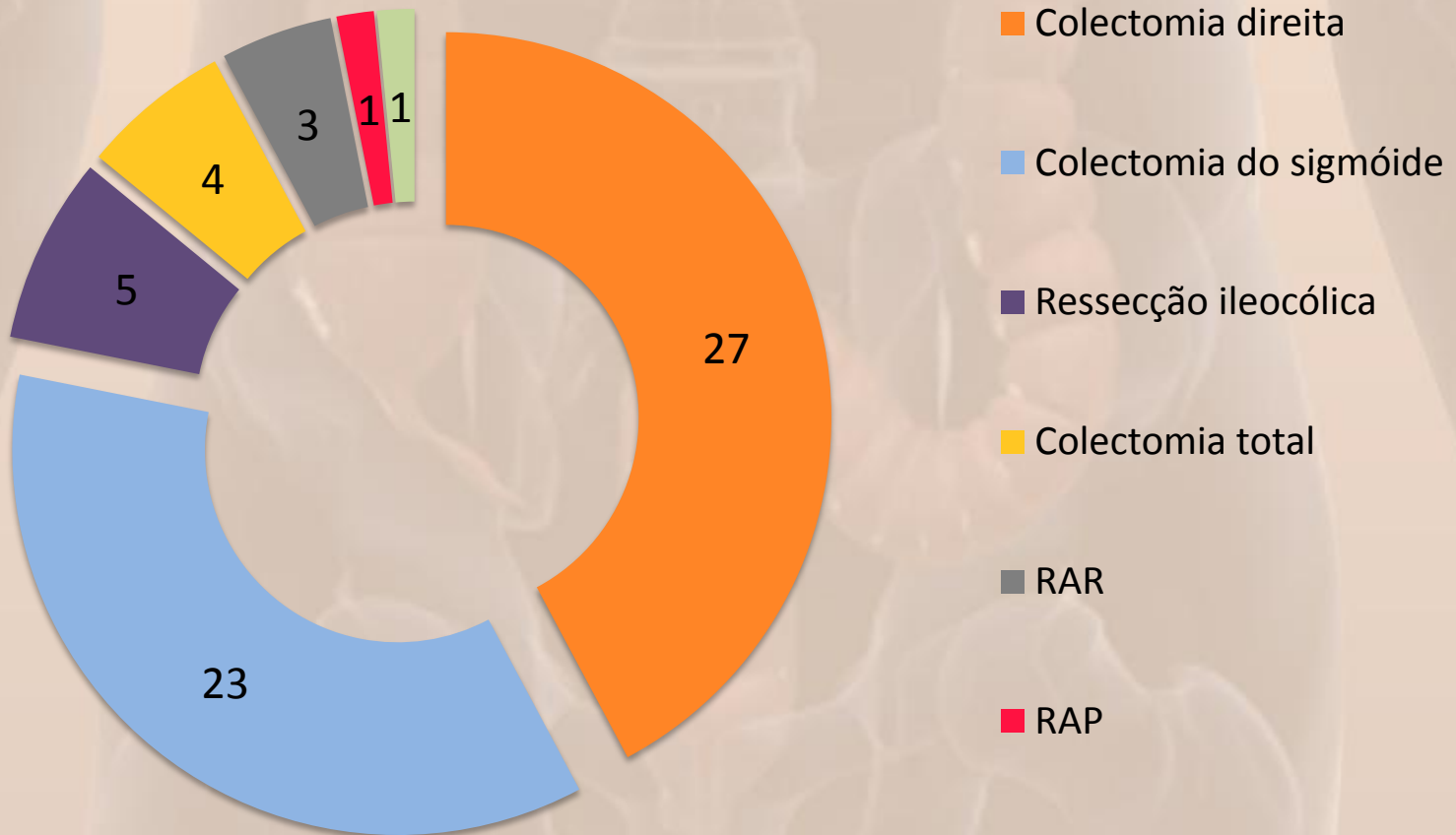
Retrógrada – 27%

Sem preparação + dieta pobre em fibras – 12%

RESULTADOS - Cirurgia

■ Cirurgia Realizada

N=64



RESULTADOS - Cirurgia

- Duração média procedimentos mais realizados

N=64

Cirurgia	Duração média (min)	Patologia Benigna	Patologia Maligna
Colectomia direita	130	132	128
Colectomia do sigmóide	160	146	172

- Maioria anastomoses mecânicas
- Complicações intra-operatórias

Perfuração iatrogénica do cego -1

- Conversões - 3

RESULTADOS - Cirurgia

N=64

- Restabelecimento da peristalse intestinal

Maioria no 1º dia pós-operatório - 58%

- Início da dieta

Maioria no 1º dia pós operatório - 64%

- Nenhum doente teve necessidade de suporte transfusional

- Tempo médio de internamento 5 dias

RESULTADOS - Cirurgia

N=64

- Morbidade pós-operatória precoce (13)

 - Abcesso da parede – 2

 - Deiscência da ferida operatória - 2

 - Deiscência da anastomose – 1

 - Abcesso intra-abdominal – 2

 - Sub-oclusão – 2

 - Diarreia – 1

 - Pneumonia + HDB (trombocitopenia) - 1

 - Hipocaliémia + alterações neurológicas - 1

 - Cólica renal – 1

- Morbidade pós-operatória tardia (5)

 - Hérnia incisional - 4

 - Estenose da anastomose - 1

- Reinternamentos - 8

RESULTADOS - Cirurgia

- Graus de morbilidade segundo classificação de Clavien

N=23

Grau de Morbilidade	
I	10
II	1
IIIa	2
IIIb (noutro internamento)	5
IVa	-
IVb	-
V	-

RESULTADOS – Anatomia Patológica

N=35

- Gânglios ressecados se diagnóstico pré-operatório de Adenocarcinoma

Média de 11 gânglios

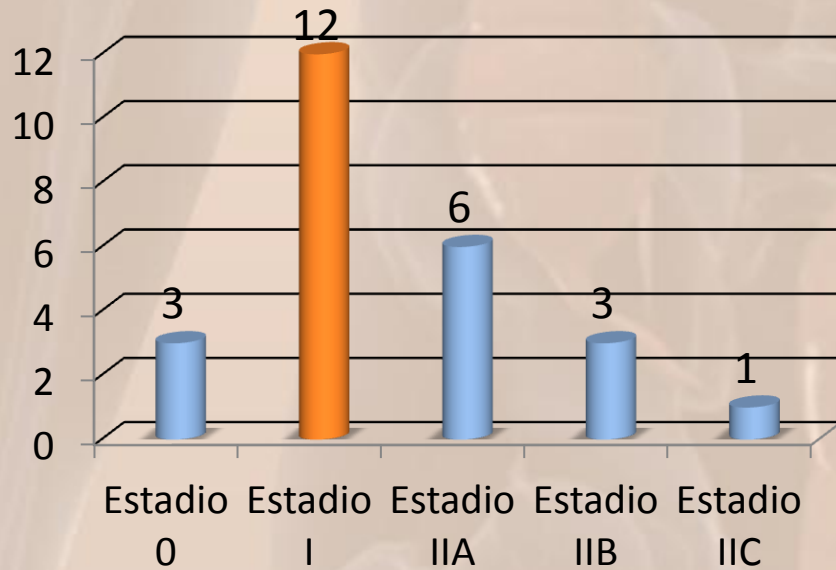
- Todas as peças com margens livres de ressecção
- Sem evidência de neoplasia – 7
- Diagnóstico pré-operatório de benignidade e histologia de malignidade - 10

RESULTADOS – Anatomía Patológica

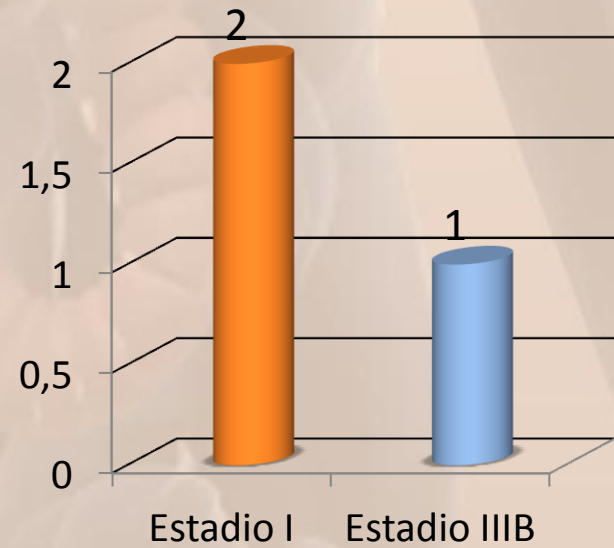
▪ Estadios

N=28

Cólon



Recto



CONCLUSÕES

Da experiência desta Unidade de Coloproctologia

- A cirurgia colorrectal laparoscópica é uma boa alternativa à abordagem tradicional

Segura mesmo na população mais idosa

Morbilidade aceitável

Necessidade de conversão em casos excepcionais

Tempo cirúrgico aceitável

Permitiu um reinício precoce da alimentação entérica

Tempo de internamento aceitável

Provavelmente eficaz a nível oncológico

CONCLUSÕES

Futuro.....

- Aumento do volume de doentes
- Aumento progressivo da complexidade cirúrgica
- Desenvolvimento de um protocolo fast-track
- Abordagem preferencial?
- Porta única?

BIBLIOGRAFIA

- Plummer J.M., Mitchell D.I.G., Arthurs M., Leoke P.A., Deans-Minott J., Cawitch, Martin A. Laparoscopic Colectomy for Colonic Neoplasms in a Developing country. 2011. Int J Surg, 9: 382-385.
- Varela J., Asolati M., Huerta S., Anthony T. Outcomes of Laparoscopic and Open Colectomy at Academic Centers. 2008. Am J Surg, 196(3): 403-406.
- Cummings L., Delaney C., Cooper G. Laparoscopic versus Open Colectomy for Colon Cancer in an Older Population: a cohort study. 2012. World J Surg Oncol, 10:31.
- Nelson H., Sargent D., Wieand R., Fleshman J., Anvari M., Stryker S., Beart R., Hellinger M., Flanagan Jr R., Peters W., Ota D. A Comparison of Laparoscopically Assisted and Open Colectomy for Colon Cancer. 2004. N Engl J Med, 350:20.
- Lu K., Cone M., Diggs B., Rea J., Herzig D. Laparoscopic Converted to Open Colectomy: predictors and outcomes from the Nationwide Inpatient Sample. 2011. Am J Surg, 201:634-639