

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS A
22 de novembro 2019 | 11:20-12:20h
Sala A

CO 01

A DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÕES ENVOLVENDO A LINHA PECTÍNEA É SEGURA E EFICAZ

Catarina Félix; Rui Mendo; José Pedro Rodrigues; Pedro Barreiro; Cristina Chagas

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução e objetivos: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) é um procedimento bem estabelecido no tratamento de lesões coloretais. Contudo, a excisão endoscópica de lesões rectais envolvendo a linha pectínea coloca dificuldades técnicas adicionais associadas às particularidades anatómicas da região anorectal. É nosso objetivo avaliar a exequibilidade, segurança e eficácia da DES no tratamento de lesões rectais com envolvimento da linha pectínea.

Materiais e métodos: Foram incluídas prospectivamente todas as lesões rectais submetidas a DES pelo mesmo endoscopista entre janeiro de 2013 e janeiro de 2019. Procedeu-se à análise e comparação do tempo de procedimento e das taxas de excisão em bloco, ressecção R0, excisão curativa e complicações entre as lesões envolvendo a linha pectínea (LP) e as lesões retais não envolvendo a linha pectínea (NLP).

Resultados: Incluídas 111 lesões do recto submetidas a DES: 29 (26,1%) envolvendo a linha pectínea e 82 (73,9%) não envolvendo a linha pectínea. O tempo de procedimento não diferiu significativamente entre os dois grupos (LP: 90min [AIQ 130], NLP: 80min [AIQ 100], pvalor 0,679) As taxas de ressecção em bloco (96,6% vs 90,2%, pvalor 0,441), R0 (65,5% vs 75,6%, pvalor 0,293) e excisão curativa (62,1% vs 73,2%, p valor 0,261) foram comparáveis nos grupos LP e NLP, respetivamente. Em relação às complicações, também não houve diferenças entre os grupos LP e NLP (13,8% vs 13,4%, pvalor 1, respetivamente).

Conclusões: A DES de lesões rectais envolvendo a linha pectínea é eficaz e segura, com resultados semelhantes

comparativamente a lesões noutras localizações rectais, devendo ser considerada no tratamento deste tipo de lesões.

CO 02

DA LAPAROTOMIA À LAPAROSCOPIA AVANÇADA NA CIRURGIA COLORECTAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPA DEDICADA

Diana Parente; Inês Sales; Miguel Neves; Inês Sousa; Inês Gonçalves; Inês Gil; Paulo Alves; Sandra Amado; Paulo Clara; Nuno Rama; Miguel Coelho; Vitor Faria
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A cirurgia laparoscópica coloretal tem sido associada a uma diminuição das taxas de morbilidade e do tempo de internamento, com uma recuperação funcional mais rápida. Esta abordagem tem sido considerada tão segura e eficaz como a cirurgia convencional; no entanto, esta técnica exige competências laparoscópicas avançadas com uma longa curva de aprendizagem.

Objetivo: Pretende-se comparar os resultados da cirurgia convencional (C-CRS) com a cirurgia laparoscópica (L-CRS) no tratamento do cancro coloretal (CRC). No grupo laparoscópico foram comparados dois períodos distintos: a experiência inicial e avançada.

Material e métodos: Desenhámos um estudo retrospectivo incluindo 857 doentes submetidos a cirurgia convencional ou laparoscópica por CRC. Os dados foram organizados em três grupos: cirurgia convencional laparotómica - grupo C-CRS (n=317, entre janeiro 1993 e dezembro 2002); os primeiros 150 doentes operados por laparoscopia – grupo IL-CRS (n=150, janeiro 2008 a dezembro 2012); e os doentes operados por laparoscopia com experiência avançada – grupo AL-CRS (n=390, janeiro 2013 a dezembro de 2016).

Resultados: O grupo C-CRS apresentou maior taxa global de complicações, com maior taxa de infeção do local cirúrgico (p<0,05), maior taxa de infeções respiratórias (p<0,05) e maior duração de internamento (p<0,05). O grupo L-CRS apresentou maior tempo operatório e maior número de gânglios ressecados. Quando comparados os dois grupos laparoscópicos constatou-se que o AL-CRS apresentou menor tempo operatório, maior número de gânglios e menos lesões iatrogénicas (p<0,05). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para complicações anastomóticas, taxa de re-ope-

ração, conversão ou mortalidade aos 30 dias.

Discussão e conclusão: A cirurgia laparoscópica coloproctológica é uma técnica segura e exequível para doentes com cancro coloproctológico. apresentando melhores resultados a curto prazo do que a cirurgia convencional. Podemos ainda constatar que os melhores resultados são conseguidos com a experiência avançada dos cirurgiões. Assim, defendemos um modelo sólido e bem delineado de aprendizagem e treino em laparoscopia.

CO 03

PROCTITE A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* – CARACTERIZAÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS

Rita Saraiva; Guilherme Simões; Diana Carvalho;
Maria João Bettencourt; Jaime Ramos

Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: As infeções sexualmente transmissíveis são um problema importante de saúde pública. A sua incidência tem aumentado nos últimos anos e o envolvimento anorretal é comum, contudo pouco reconhecido pela comunidade médica. Os microrganismos típicos na proctite incluem a *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* e vírus Herpes simplex. Dentro destes, a infeção a CT, nomeadamente o subgrupo linfogranuloma venéreo, está associado a quadros mais graves e maior morbilidade.

Objetivos: Apresentação de uma série de casos de proctite a CT com discussão da abordagem diagnóstica, terapêutica e iconografia.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com proctite a CT observados na consulta de proctologia entre 2017 e 2019.

Resultados: Foram observados 14 doentes, todos homens, com média de idades de 40,1 anos, 11 dos quais com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Referenciados por quadro de proctalgia, mucorreia e rectorragia com evolução entre 10 dias e 6 meses. O exame proctológico e endoscópico revelou proctite erosiva-ulcerada por vezes associada a lesões pseudopolipóides/nodulares. Os achados histológicos demonstraram infiltrado infamatório misto, infiltrado com predominância de eosinófilos ou granulomas epitelioides, compatíveis com proctite aguda de provável etiologia infecciosa. A PCR no exsudado anorectal para CT

foi positiva em todos os casos, com serotipo L2 identificado em 10 doentes. Todos os doentes foram medicados com doxiciclina durante 21 dias. Aos 3 meses após a terapêutica, 3 doentes mantinham deformação anorectal cicatricial e proctite erosiva e cicatricial, com alterações histológicas de proctite crónica inespecífica. Nos restantes verificou-se remissão endoscópica e histológica. **Conclusão:** As alterações clínicas, endoscópicas e histológicas anorretais da infeção a CT são inespecíficas, pelo que esta entidade deverá ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de proctite. A sua inclusão nas possibilidades diagnósticas permitirá um diagnóstico e terapêutica dirigidos, evitando complicações e transmissão da infeção.

CO 04

TRATAMENTO COMBINADO MÉDICO-CIRÚRGICO DA DOENÇA DE CROHN PERIANAL COMPLEXA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Rita Saraiva; Sara Santos; Carlos Bernardes; Diana Carvalho;
Joana Saiote; Jaime Ramos

Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: A doença de Crohn perianal (DCPA) representa um fenótipo agressivo de difícil controlo, onde a terapêutica combinada com anti-TNF α e cirurgia é a estratégia recomendada.

Objetivos: Avaliar a eficácia do tratamento combinado médico-cirúrgico na abordagem da DCPA.

Métodos: Análise dos registos prospetivos dos doentes com DCPA tratados com cirurgia seguida de terapêutica com anti-TNF α (infiximab (IFX) ou adalimumab (ADA)), nas semanas (s) 0, 2, 6, 14, 30 e 54. A actividade da doença foi avaliada com o *Perianal Activity Disease Index* (PDAI). A resposta foi definida como PDAI \leq 5 ou com descida superior a 5 pontos, e remissão como PDAI \leq 3. Considerou-se perda de resposta qualquer aumento no valor de PDAI, recrudescência da drenagem fistulosa, ocorrência de outra complicação perianal ou necessidade de terapêutica adicional.

Resultados: De um total de 70 doentes com DCPA, 33 foram inicialmente submetidos a terapêutica combinada (19 homens, com idade média de 30,5 anos): 18 doentes submetidos a drenagem de abscesso, 7 a fistulotomia, 8 a drenagem de abscesso com fistulotomia e 9 a colocação

de seton. 23 doentes (69,7%) foram tratados com IFX e 10 doentes (30,3%) com ADA. À s0 o valor médio de PDAI era 10,2. À s14, verificou-se resposta em 29 doentes (90,6%), dos quais 21 (65,6%) estavam em remissão. À s54 com follow-up completo em 30 doentes, constatou-se resposta em 27 doentes (90%) e remissão em 24 (80%): PDAI 0 em 17 doentes, PDAI 1-3 em 7 doentes e PDAI >5 em 6 doentes. Verificou-se perda de resposta em 3 doentes sob IFX e 1 doente sob ADA; 3 doentes tratados com ADA interromperam o tratamento, respectivamente por intolerância, abcesso e abandono.

Conclusão: O tratamento com cirurgia seguida de anti-TNF α foi eficaz na DCPA, induzindo resposta precoce com cicatrização rápida e mantendo a remissão em 80% à 52ª semana.

CO 05

PROLAPSO RECTAL DE ESPESSURA COMPLETA E ÚLCERA SOLITÁRIA DO RECTO: CASUÍSTICA DE 22 DOENTES

Beatriz Costeira¹; André Caiado¹; José Assunção Gonçalves^{1,2}; José Damião Ferreira²; Rui Maio^{1,2}

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Hospital da Luz

Introdução: O tratamento do prolapso rectal de espessura completa é exclusivamente cirúrgico. Existem diferentes vias de abordagem e técnicas alternativas, porque nenhuma delas demonstrou absoluta superioridade relativamente às restantes. A úlcera solitária do recto, associada a síndrome de obstrução defecatória, pode ter tratamento médico ou cirúrgico.

Objetivos: Revisão da série de doentes com o diagnóstico de prolapso rectal de espessura completa ou úlcera solitária do recto, submetidos a intervenção cirúrgica, por um cirurgião, entre 2013 e 2019.

Material e métodos: Análise retrospectiva da base de dados do bloco operatório e consulta do processo clínico informatizado. Excluíram-se os doentes com o diagnóstico de prolapso rectal apenas mucoso. Feita a análise das seguintes variáveis: idade, sexo, antecedentes pessoais, tipo de abordagem e técnica cirúrgica, tempo de cirurgia, tempo de internamento, morbidade e mortalidade, recidiva, resultados funcionais e satisfação global.

Resultados: No universo dos 22 doentes operados (n=20: prolapso rectal de espessura completa; n=2: úlcera solitária do recto), relação de sexo F/M: 21/1, mediana de

idades de 71 anos (intervalo: 39-88 anos), foram realizadas 30 cirurgias (n=12: rectopexia com prótese laparoscópica (RL); n=3: rectopexia com prótese por laparotomia (RA); n=11: operação de Altemeier (OA); n=1: STARR; n=3: outras). A indicação cirúrgica (RL) para a úlcera solitária do recto foram rectorragias frequentes refractárias ao tratamento conservador. A abordagem inicial por via perineal foi realizada em 12 doentes (mediana de idade: 78 anos) e a via abdominal em 10 doentes (mediana de idade: 60 anos). A mediana do tempo operatório foi: RL: 160 minutos; OA: 112 minutos. 6 doentes foram reoperados por recidiva (destes, 5 tinham sido submetidos a abordagem inicial perineal). 1 doente foi reoperado por complicação (deiscência de anastomose coloanal). A média do tempo de internamento pós-operatório foi: RL: 2 dias, OA: 5 dias (intervalo total: 1-32 dias). Registou-se agravamento da obstipação em: RL: 3 doentes; OA: 3 doentes. Registou-se incontinência anal de novo em: RL: 3 doentes; OA: 1 doente.

Discussão e conclusões: Nesta série, a abordagem abdominal registou melhores resultados em termos de morbi-mortalidade, tempo de internamento, recidiva e necessidade de reintervenção. Em termos de resultados funcionais, a incontinência anal registada em 3 doentes pós-RL, foi o factor que mais afetou a qualidade de vida.

CO 06

ABCESSOS INTRA-ABDOMINAIS PRIMÁRIOS NA DOENÇA DE CROHN: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Tiago Guedes¹; Patrícia Sequeira³; Lúcia Freire¹; Fernando Castro-Poças^{1,3}; Anabela Rocha²; Marisa Santos²; Isabel Pedroto^{1,3}; Paula Lago¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

²Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto; ³Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Introdução: A doença de Crohn (DC) caracteriza-se por uma inflamação transmural que em 10-30% dos doentes pode complicar com abcessos intra-abdominais primários (AIAP), cuja abordagem é multidisciplinar e personalizada.

Objetivos: Caracterizar a população com DC e AIAP, sua abordagem e outcomes.

Métodos: Analisaram-se retrospectivamente os processos clínicos de doentes admitidos nos serviços de Gastroen-

terologia e Cirurgia com DC e AIAP entre abril/2009-agosto/2017. Foram colhidos dados demográficos; relativos à classificação da DC (Montreal); características dos AIAP, sua abordagem e evolução até à última consulta. Excluíram-se abscessos secundários e perianais.

Resultados: Incluíram-se 24 doentes; média de 24,64 dias de internamento. 79% sexo masculino, idade média 39 anos e fumadores em 52,2%. De acordo com Classificação Montreal 62% apresentava uma doença A2, 62,5% localização L1 (+p em 8,3%). 31,82% encontravam-se sob imunossuppressores, 22,73% sob corticoides e 9,09% anti-TNF (75% terapia combinada). AIAP consistiu na manifestação primária em 25% dos casos, com a dor abdominal o sintoma mais frequente. A localização interansas foi a mais observada. Metade dos pacientes tinham AIAP < 5,4cm, (0,5-13cm). 11 foram tratados apenas com antibioterapia; 1 drenagem percutânea (DP); 9 antibioterapia e DP; 2 antibioterapia e cirurgia; 1 doente teve drenagem espontânea por fistula enterocutânea. Do 1º grupo 27,27% dos doentes necessitou de drenagem percutânea (n=1), drenagem cirúrgica (n=2) e ressecção intestinal (n=1). 83,3% dos doentes iniciaram nutrição entérica exclusiva. Não houve mortes durante o internamento e seguimento. Durante o *follow-up* observou-se recidiva em 1 doente aos 8 meses após alta. Eletivamente 62,5% foram submetidos a cirurgia. Houve alteração da terapêutica prévia da DC em 62,5%, com adição de anti-TNF após a resolução do AIAP em 33,33% dos doentes.

Conclusão: Na nossa população os AIAP foram mais frequentes no sexo masculino, com idade jovem ao diagnóstico de DC e com atingimento ileal (L1). Numa percentagem importante de doentes o AIAP foi a forma de apresentação da doença. Na maioria dos casos a terapêutica médica associada a antibioterapia e/ou drenagem percutânea foi eficaz no contexto agudo. Houve alteração da terapêutica prévia da DC em 62,5%, com adição de anti-TNF, após a resolução do AIAP em 33,33% dos doentes. 62,5% dos doentes necessitou de cirurgia eletiva durante o seguimento.

CO 07

IMPACTO DO TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO ADENOCARCINOMA DO RECTO: EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO

Sara Catarino; Fernando Valério; Carlos Casimiro

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O adenocarcinoma do recto apresenta uma incidência nacional de 22,7/100.000 habitantes por ano. Atualmente o tratamento *standard* do carcinoma do recto localmente avançado é quimiorradioterapia neoadjuvante (QRTNA) seguida de excisão total do mesorrecto (ETM). Esta modalidade terapêutica diminui significativamente a taxa de recorrência local que é um dos principais fatores de prognóstico. Contudo, a ETM é um procedimento cirúrgico com uma morbilidade perioperatória associada relevante além de implicar um número considerável de estomias definitivas. Estudos revelam que a QRTNA permite um downstaging ou uma resposta patológica completa em 12-27% dos doentes. Neste contexto surgiu a abordagem *watch-and-wait*.

Objetivo: Avaliar a taxa de respostas patológicas completas nos doentes com carcinoma do recto que foram submetidos a QRTNA no nosso serviço.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de doentes submetidos a QRTNA e cirurgia oncológica radical por adenocarcinoma do recto entre setembro de 2016 e agosto de 2019 no CHTV.

Resultados: No período do estudo foram diagnosticados 126 doentes com adenocarcinoma do recto, dos quais 86 doentes (68,3%) foram submetidos a QRTNA e cirurgia posterior. No subgrupo em estudo, a idade média ao diagnóstico foi de 65,62 anos com uma predominância do sexo masculino (67,4%). Quanto ao estadiamento, a maioria dos doentes foram classificados como T3 (66,3%) ou T4 (24,4%), N+ (75,6%) e M0 (93%). Em 80 doentes foi realizado esquema longo de QRTNA e o tempo médio até à cirurgia foi de 9,39 semanas. 50% das intervenções foram laparoscópicas, com uma taxa de conversão de 9,3%. Relativamente aos resultados anatomo-patológicos, verificou-se uma resposta patológica completa em 23 doentes (26,7%), sendo de salientar 2 doentes que apresentaram resposta completa luminal (ypT0) mas com doença ganglionar metastática (ypN+). No período de *follow-up* verificaram-se 2 recidivas locais e 20 doentes

com metastização à distância, ou seja, uma sobrevida livre de doença de 74,4%. Mortalidade global de 4,7%.

Conclusão: A terapêutica neoadjuvante é de extrema importância no tratamento do carcinoma do recto pois permite um *downstaging* e mesmo uma resposta patológica completa numa percentagem significativa de doentes. A percepção da realidade do nosso serviço poderá permitir num futuro breve a realização de um protocolo watch-and-wait para uma melhor orientação terapêutica destes doentes, sem prejuízo dos resultados oncológicos.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS B

22 de novembro 2019 | 11:20-12:20h
Sala B

CO 08

EFICÁCIA E SEGURANÇA DA MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA DE GRANDES LESÕES COLO-RECTAIS EM IDOSOS

Simões G.; Borges V.; Rocha M.; Gamelas V.; Santos S.; Saraiva R.; Silva MJ.; Capela T.; Pinto A.; Coimbra J.

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

Introdução: A mucosectomia endoscópica (ME) é uma técnica para ressecção de lesões superficiais do tubo digestivo, incluindo lesões malignas precoces, evitando assim cirurgia. Existe pouca informação quanto à segurança e eficácia da ME de lesões colo-rectais de grandes dimensões em idosos.

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança das ME colo-rectais de lesões de grandes dimensões (≥ 20 mm) em idosos (≥ 75 anos).

Material e métodos: Análise retrospectiva das ME de lesões colo-rectais com base ≥ 20 mm realizadas num hospital terciário entre 2013-2016. As lesões foram divididas em dois grupos de acordo com a idade dos doentes: ≥ 75 anos (grupo1) vs < 75 anos (grupo2).

Analisaram-se as características das lesões, aspetos técnicos do procedimento, taxa de recorrência endoscópica e complicações. Análise estatística com Excel®2010 e STATA®v12.1.

Resultados: Analisadas 136 lesões colo-rectais excisadas em 123 doentes. Foram realizadas 51 ME em 44 doentes

com ≥ 75 anos e 85 ME em 79 doentes com < 75 anos. A idade mediana foi 80 (75;89) anos no grupo 1 e 67 (47;74) anos no grupo 2. Os grupos não diferiram significativamente no sexo, dimensão e localização das lesões. A técnica de ressecção foi em fragmento único em 29,4% (15/51) das lesões do grupo 1 vs 31,8% (27/85) do grupo 2 ($p=0,774$). Registaram-se 2 casos (3,9%) de perfuração no grupo 1 e 3 casos (3,5%) no grupo2 ($p=1,00$). Não se registaram hemorragias tardias. A taxa de recorrência endoscópica foi 21,3% (10/47) no grupo 1 e 23,6% (17/72) no grupo 2 ($p=0,766$). A taxa de sucesso endoscópico global foi 84,3% (43/51) no grupo 1 e 84,7% (72/85) no grupo 2 ($p=0,951$).

Conclusão: A ME é um procedimento seguro e eficaz na excisão de lesões colo-rectais de grandes dimensões em idosos, com resultados semelhantes ao procedimento em doentes mais jovens, podendo evitar abordagens mais agressivas como a cirurgia, o que é particularmente importante neste grupo de doentes.

CO 09

RAR – ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Mariana Leite; Cristina Monteiro; Cristina Silva; Paulo Passos; Teresa Almeida; Fernando Barbosa

ULSAM - Hospital Santa Luzia

Introdução: O cancro colo-rectal é o terceiro cancro mais comum no mundo, e o segundo mais comum em Portugal. A abordagem terapêutica deste baseia-se em vários fatores; a implementação da terapêutica trimodal (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) depende muito do estadiamento e da localização do tumor no recto. Assim, um estadiamento pré-operatório adequado é fundamental para a definição da melhor estratégia terapêutica.

Objetivo: Descrever a experiência da nossa instituição na RAR. Avaliar a taxa de deiscência da anastomose na nossa amostra.

Material e métodos: Análise retrospectiva, observacional, através da consulta dos processos clínicos dos doentes submetidos a RAR entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018.

Resultados: A amostra obtida foi de 41 doentes com o diagnóstico de carcinoma do recto submetidos a RAR. Idade média da amostra de 68.9 anos (idade mínima 38 anos e máxima 86 anos), com predominância para o

género masculino (58.5%). Em termos de localização anatómica, 20 doentes (48.8%) apresentavam tumor ao nível do reto médio, 16 doentes (39%) ao nível do reto superior e 5 doentes (12.2%) ao nível do reto inferior. 68.3% dos doentes foram submetidos a terapêutica neoadjuvante, tendo-se obtido resposta completa em 17.9% (5 doentes). A abordagem laparoscópica foi utilizada em 90.2% dos casos, com uma taxa de conversão para laparotomia de 16.2%. Foi realizada ileostomia de proteção em 63.4% dos doentes. A deiscência da anastomose verificou-se em 2 doentes (4.9%). Sem registo de mortalidade nos primeiros 30 dias de pós-operatório. Registo de 1 doente (2.4%) com recidiva local e de 3 doentes (7.3%) com metástases à distância durante o *follow-up*.

Discussão/Conclusão: A abordagem multidisciplinar constitui a base do tratamento do cancro colo-rectal. Existem diferentes estratégias cirúrgicas para o tratamento do cancro do recto, sendo que a RAR é sobretudo uma opção para tumores localizados no recto superior e médio. A deiscência da anastomose é uma das possíveis complicações associadas a esta cirurgia pélvica com taxas que variam entre os 5% e os 15%; assim, a taxa obtida na nossa instituição está de acordo com a literatura.

CO 10

NEUROMODULAÇÃO SAGRADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL: CASUÍSTICA DE 26 DOENTES

André Caiado¹; Beatriz Costeira¹; José Assunção Gonçalves^{1,2,3}; José Damião Ferreira^{1,2,3}; Rui Maio^{1,2}

¹Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Beatriz Ângelo; ²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital da Luz-Lisboa; ³Serviço de Cirurgia Geral, Hospital da Luz-Oeiras

Introdução: A neuromodulação sagrada é uma técnica cirúrgica pouco invasiva, com baixa morbilidade, que tem revelado excelentes resultados no tratamento da incontinência anal (IA), a curto, médio e longo prazo.

Objetivo: Avaliar os resultados da neuromodulação sagrada no tratamento da IA.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com IA submetidos a neuromodulação sagrada entre outubro de 2015 e maio de 2019. Procedeu-se à consulta do processo clínico eletrónico e da base de dados colhida de forma prospetiva. A severidade da IA foi avaliada utilizando o *score* de Vaizey.

Resultados: No universo dos 26 doentes operados verificou-se um predomínio do sexo feminino (relação F/M: 21/5), com uma mediana de idades de 63 anos (intervalo: 38-79 anos). A principal etiologia da IA foi: trauma obstétrico (n=15), seguida de trauma cirúrgico (n=7, dos quais 3 LARS), traumatismo vertebro-medular (n=2), esclerose múltipla (n=1) e síndrome de Ehlers-Danlos (n=1). 13 doentes tinham sintomas urinários concomitantes. Nenhum doente tinha sido submetido a esfínteroplastia anal prévia. 1 doente não prosseguiu para implantação do neuro-estimulador definitivo. 1 elétrodo teve de ser removido por infeção e 1 elétrodo foi inadvertidamente seccionado na execução do 2º tempo (ambos foram recolocados posteriormente). 2 doentes abandonaram o seguimento na consulta. Nos 23 doentes com neuro-estimulador implantado definitivo seguidos na consulta, a mediana do período de seguimento foi de 23 meses (intervalo: 5-48 meses). Verificou-se uma melhoria superior a 50% no *score* de Vaizey em 21 doentes (média pré-operatório: 16 / pós-operatório: 4). 7 doentes obtiveram continência total. Houve necessidade de reprogramação em 18 doentes (média de 3 reprogramações/doente). Existem 2 casos de dor no local do implante. Ocorreu 1 caso de dor neuropática, que resolveu com a reprogramação.

Conclusão: A neuromodulação sagrada revelou-se uma técnica segura e eficaz no tratamento da IA, em doentes criteriosamente selecionados.

CO 11

DOENÇA DE CROHN PERIANAL: EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

André Caiado¹; José Assunção Gonçalves¹; Joana Torres²; Marília Cravo²; Rui Maio¹

¹Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Beatriz Ângelo; ²Serviço de Gastroenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As manifestações perianais atingem cerca de 30% dos doentes com doença de Crohn (DC). Incluem lesões fistulizantes (abcessos, fistulas perianais e recto-vaginais) e não fistulizantes (proctite, estenose, fissuras e hemorroidas). São fonte de significativa morbilidade e compromisso da qualidade de vida. Apesar dos avanços nos meios de diagnóstico e terapêutica, a abordagem da DC perianal continua a gerar dúvidas e controvérsias.

A atuação de uma equipa multidisciplinar envolvendo gastroenterologistas e cirurgiões dedicados, em centros de referência devidamente organizados e monitorizados, é uma garantia de qualidade e segurança.

Objetivo: Avaliação dos doentes com DC perianal submetidos a cirurgia no seio de uma Equipa Multidisciplinar de Doença Inflamatória Intestinal (EMDDII).

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com DC perianal submetidos a cirurgia entre fevereiro de 2012 e julho de 2019. Procedeu-se à consulta do processo clínico eletrónico e das bases de dados colhidas de forma prospetiva. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, duração entre o início dos sintomas, estabelecimento do diagnóstico de DC e instituição de terapêuticas médicas e cirúrgicas. Utilizada a classificação do tipo de fistula perianal da *American Gastroenterological Association* e o Índice de Atividade de Doença Perianal (PDAI).

Resultados: No universo de 124 doentes com DC seguidos pela EMDDII, 31% (n=38) foram submetidos a cirurgia no contexto de manifestações perianais (abscesso e/ou fistula). Verificou-se um predomínio do sexo masculino (M:23/F:15), com uma mediana de idades de 36 anos (intervalo: 15-76 anos). 58% dos doentes operados (n=22) apresentava envolvimento ileocólico+perianal. Das 118 intervenções cirúrgicas realizadas, 84% (n=99) foram realizadas eletivamente. A maioria dos doentes apresentava fístulas complexas e foram submetidos a colocação de sedanho laxo. Ao longo de um período médio de seguimento de 42 meses, 61% dos doentes (n=23) foram operados mais de uma vez, com uma média de 3 intervenções por doente. Registou-se recidiva da doença perianal em 18% dos casos (n=7). Em setembro de 2019, apenas 4 doentes (11%) tinham um PDAI>3.

Conclusão: A abordagem da DC perianal mantém-se um desafio médico-cirúrgico. O envolvimento de uma equipa multidisciplinar permitiu o controlo das manifestações e sintomas perianais em cerca de 90% dos doentes.

CO 12

LIGATION OF INTERSFINCTERIC FISTULA TRACT: RESULTADOS E ANÁLISE DO PADRÃO DE RECORRÊNCIA

Pedro Saraiva; Vânia Fernandes; Joana Almeida; Sílvia da Silva; Rui Reis; Álvaro Gonçalves; Inês Romero; Susana Costa; Manuel Oliveira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Introdução: A laqueação do trajeto fistuloso a nível interestesfínctericiano é um procedimento, para o tratamento de fistulas anais complexas de localização transesfínctericiana, que poupa os músculos do aparelho esfínctericiano.

Objetivo: Avaliação dos resultados da cirurgia LIFT realizada na unidade de cirurgia de ambulatório da nossa instituição, analisando em particular o padrão de recorrência da fistula.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com fistula anal transesfínctericiana submetidos a cirurgia LIFT, em contexto ambulatorial, de janeiro de 2014 a agosto de 2019.

Resultados: Neste período foram realizadas 53 procedimentos LIFT em 50 doentes. Setenta por cento dos doentes são homens e a idade média é de 45,7anos (mín:23; máx:77).

Setenta e sete por cento dos doentes apresentavam *seton in situ*.

O tempo médio de cicatrização foi de 8 semanas com um seguimento em consulta médio de 7 meses (mín1; máx 54). A taxa de sucesso foi de 66%. Reportamos 18 recorrências, 9 na forma de fistula anal transesfínctericiana e 9 na forma de fistula anal interestesfínctericiana. Dos casos com recorrência transesfínctericiana, 4 foram submetidos a LIFT com sucesso e 1 sem sucesso, 2 a fistulotomia com esfíncteroplastia topo-a-topo, 1 a LASER e outro aguarda intervenção. Dos casos com recorrência interestesfínctericiana, 3 foram submetidos a fistulotomia, 2 a fistulotomia com esfíncteroplastia, 2 foram perdidos no seguimento, 1 encontra-se sob tratamento médico por Doença de Crohn, e 1 aguarda intervenção.

Conclusão: A técnica LIFT é a técnica de eleição no tratamento das fístulas transesfínctericianas na nossa instituição pois permite um tratamento eficaz, passível de realização em contexto ambulatorial, com baixa morbidade e com uma elevada taxa de *downstage* nos casos de recorrência.

CO 13

INDICADORES DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA: O PAPEL DA AUDITORIA E DO *FEEDBACK*

Flávio Pereira; Marisa Linhares; Richard Azevedo; Diana Ramos; João Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo

Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: Na última década, as sociedades de endoscopia digestiva definiram a qualidade em colonoscopia como uma prioridade na sua agenda, dada a discrepância significativa entre gastroenterologistas/unidades de endoscopia no que concerne à taxa de entubação cecal, taxa de deteção de adenomas ou qualidade da limpeza intestinal. Neste sentido, foi identificado um conjunto de indicadores de qualidade que permitiam aferir o desempenho do gastroenterologista ou da unidade de endoscopia, com o objetivo de implementar medidas de otimização da performance. Os estudos de auditoria para avaliação destes indicadores, com posterior divulgação dos resultados (*feedback*), poderão melhorar a performance individual e coletiva.

Objetivo: avaliar o impacto da auditoria interna e posterior apresentação dos resultados nos indicadores de qualidade em colonoscopia.

Métodos: Estudo de intervenção realizado num grupo de gastroenterologistas e internos de gastroenterologia. Selecionada uma amostra aleatória de 350 colonoscopias de utentes com ≥ 50 anos encaminhados para realização de colonoscopia de rastreio ou diagnóstica entre setembro/2017 e agosto/2018, e avaliação dos indicadores de qualidade de acordo com as recomendações da ESGE (2017). Em novembro/2018, foram apresentados os resultados da auditoria ao grupo. Posteriormente, foi selecionada do mesmo modo outra amostra de 350 colonoscopias realizadas entre janeiro/2019 e setembro/2019.

Resultados: Incluídos 700 utentes (55% homens; idade média 67 ± 10 anos). 86% dos exames realizados sem sedação. No grupo pós-intervenção, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas no que concerne à taxa de entubação cecal (90,9% vs 94,9%, $p < 0,05$), fotodocumentação do orifício apendicular (65,4% vs 80,1%, $p < 0,001$), referência à qualidade da limpeza intestinal (87,1% vs 99,1%, $p < 0,001$) e utilização de uma escala quantitativa para avaliação da limpeza (66,9% vs 92,9%, $p < 0,001$).

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS C

22 de novembro 2019 | 11:20-12:20h

Sala Plenária

Também se verificou um incremento na taxa de deteção de pólipos (41,8% vs 47,2%) e de adenomas (33,3% vs 36,4%) após a intervenção, embora sem significado estatístico.

Conclusões: Na nossa amostra, o estudo de auditoria interna e *feedback* permitiu aumentar a adesão dos gastroenterologistas aos indicadores de qualidade em colonoscopia. Se encarado como um processo dinâmico de aperfeiçoamento contínuo, este tipo de estudo pode ser útil para sensibilizar os gastroenterologistas para a adopção de estratégias de otimização da performance individual e coletiva.

CO 14

RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSMURAL – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Laranjo A.; Libânio D.; Dinis Ribeiro M.

Hospital Espírito Santo de Évora Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Introdução: A mucosectomia (EMR) e a disseção da submucosa (ESD) são técnicas endoscópicas avançadas com eficácia comprovada na ressecção de lesões do trato gastrointestinal. Contudo, estas técnicas permitem apenas a excisão de lesões limitadas às camadas superficiais da parede gastrointestinal, particularmente da mucosa e da submucosa. Para colmatar esta limitação, a ressecção endoscópica transmural (EFTR) é uma técnica inovadora que permite o tratamento de lesões não passíveis de excisão por EMR ou ESD, evitando deste modo a necessidade de cirurgia.

Objetivos: Demonstrar a experiência de um centro na realização de EFTR através da utilização do *device* FTRD *Ovesco Endoscopy*.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes consecutivos submetidos a EFTR, através da utilização do *device* FTRD *Ovesco Endoscopy* de julho de 2018 a julho de 2019. O sucesso técnico foi definido por ressecção completa endoscópica num fragmento.

Resultados: Foram incluídos 4 doentes, 3 do sexo fe-

minino com uma média de idade de 66.5 anos (56 - 76 anos). 2 doentes foram submetidos a EFTR por recidiva de adenoma após EMR, 1 por tumor neuroendócrino (TNE) e 1 por adenoma localizado peri-orifício diverticular. Em relação às características endoscópicas das lesões, o tamanho médio foi de 15mm (10-20mm); 3 lesões eram do tipo 0-IIa e 1 do tipo 0-IIa+b (classificação de Paris); 1 lesão estava localizada no reto, 2 no sigmóide e 1 no ascendente. Em todos os doentes foi possível aceder à lesão com o dispositivo com um sucesso técnico de 100% e sem eventos adversos relacionados com a técnica. Não se verificaram complicações após o procedimento, sendo a média de internamento de 3.5 dias. Relativamente à histologia, 3 doentes apresentaram adenomas com displasia de alto grau e 1 doente o diagnóstico de TNE bem diferenciado. O tamanho médio das lesões foi de 22mm (20-24mm). 3 doentes apresentaram ressecção com margens negativas (R0). O doente que apresentou margens positivas apresentava a lesão de maiores dimensões (24mm). No *follow-up*, não se verificou recidiva das lesões.

Conclusão: O presente estudo demonstra que, com adequado treino e selecção dos doentes, a utilização do device FTRD *Ovesco Endoscopy* para EFTR surge como complemento eficaz às técnicas de exérese clássicas.

CO 15

MUSCLE RETRACTION SIGN: UM SINAL A TER EM ATENÇÃO NA DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÕES COLORETAIS

Catarina Félix; Rui Mendo; Iala Pereira; José Azevedo; Pedro Barreiro; Cristina Chagas

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Serviço de Gastrenterologia

Introdução: A retração muscular em direcção ao tumor (*muscle-retracting [MR] sign*) é ocasionalmente identificada durante a disseção endoscópica da submucosa (DES) de lesões coloretais. A sua presença foi associada a maior risco de ressecção incompleta e de complicações, sendo o seu reconhecimento essencial de modo a não ser confundida com área de invasão tumoral, o que poderia levar à interrupção da excisão. É nosso objetivo avaliar a prevalência do *MR sign* na população de lesões coloretais submetidas a DES no nosso centro.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva de todas as

lesões coloretais submetidas a DES no nosso centro entre janeiro de 2013 e setembro de 2019. Avaliada a frequência do *MR sign* e as taxas de interrupção do procedimento, ressecção em bloco, R0, curativa e de eventos adversos de lesões onde o mesmo esteja presente.

Resultados: Foi identificado o *MR sign* em 8 lesões coloretais submetidas a DES (8/156, 5.1%): duas situadas no reto proximal, 3 no reto médio e 3 no reto distal, sendo o seu tamanho mediano de 50mm [30-130]. Em relação à morfologia, 50% (n=4) eram *laterally spreading tumor* (LST) granular misto, todas com componente nodular superior a 10mm, 38% (n=3) eram lesões sésseis e 12% (n=1) LST não granular. Não houve necessidade de interrupção do procedimento em nenhuma das lesões onde o *MR sign* foi identificado e todas as lesões foram excisadas em bloco. As taxas de excisão R0 e curativa foram de 88% (7/8, uma excisão foi considerada RX por lesão da margem provocada pelo cautério). Como complicação, verificou-se uma perfuração manejada endoscopicamente, que ocorreu na primeira vez em que o sinal foi identificado na população estudada.

Conclusões: No nosso estudo, a presença do *MR sign* verificou-se sobretudo em lesões sésseis ou com componente nodular maior que 10mm. Não obrigou à interrupção precoce do procedimento e associou-se a taxas de excisão em bloco, R0 e curativas elevadas. Na nossa população, a presença do *MR sign* associou-se a um risco de perfuração, alertando para a necessidade do seu reconhecimento precoce, de modo a permitir uma disseção cuidadosa e consequente minimização dos riscos.

CO 16

AVALIAÇÃO DA PRECISÃO DE REFERENCIAÇÃO DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Diana Ramos; Marisa Linhares; Flávio Pereira; Richard Azevedo; Ana Caldeira; António Banhudo

ULS Castelo Branco

Introdução: Uma grande proporção de pacientes com queixas anorretais é encaminhada para a consulta de coloproctologia com o rótulo de doença hemorroidária.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a precisão de diagnóstico de doença hemorroidária, comparando as diferentes especialidades que encaminham doentes

para a consulta de coloproctologia, bem como analisar os determinantes do diagnóstico errôneo para orientar os esforços educacionais.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu doentes encaminhados para a consulta de coloproctologia entre janeiro de 2017 e setembro de 2019 com diagnóstico de hemorróidas. Avaliados os sintomas de apresentação e o exame objetivo anal no momento de referência e avaliada a precisão do diagnóstico de hemorroidas.

Resultados: Incluídos 109 referenciados para a consulta de coloproctologia por doença hemorroidária. Os sintomas mais comuns que motivaram a referência foram retorragia (55%; n = 80), proctalgia (29%; n = 43) e protrusão (10%; n = 14). O exame anal (isto é, inspeção externa e/ou toque retal) realizado antes da referência para a consulta de coloproctologia foi documentado em apenas 47% dos casos. A acurácia do diagnóstico de hemorróidas foi de 66% (n = 72). Entre os pacientes com diagnóstico incorreto de hemorróidas (34%), o diagnóstico real era fissura anal (57%), alteração cutânea (24%), lesões polipoides do reto/canal anal (11%), anite (5%) e papilas hipertrofiadas (3%).

De entre os doentes encaminhados do médico de família (N=62), 43,5% (N= 27) tinham diagnóstico errado, enquanto que dos doentes encaminhados de outras especialidades (N=47), apenas 23,4% (N=11) tinham diagnóstico errado. Comparativamente com as outras especialidades, os doentes provenientes do médico de família têm risco superior de diagnóstico errado (OR 1.86 (95% CI, 1.03-3.36); p = 0.02).

Conclusão: Uma variedade de queixas anorretais são diagnosticadas, por vezes erroneamente, como hemorróidas por profissionais que têm o contato inicial com os pacientes. Programas educacionais dirigidos para o aprimoramento do conhecimento médico podem potencialmente melhorar a precisão do diagnóstico e o início precoce dos cuidados adequados.

CO 17

CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADOR NA PREVISÃO DE RECIDIVA APÓS MUCOSECTOMIA EM FRAGMENTOS

João Carlos Silva; Carlos Fernandes; Ana Paula Silva; Luísa Proença; Adélia Rodrigues; Teresa Freitas; Rolando Pinho; Sónia Fernandes; Sónia Leite; Ana Ponte; Mafalda Sousa; Catarina Gomes; Edgar Afeto; João Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução: A recidiva histológica (RH) é uma importante limitação da mucosectomia em fragmentos (pEMR) de lesões colorretais e ocorre em $\leq 20\%$. A avaliação da RH é ainda realizada através de colonoscopia com biópsia da cicatriz. No entanto, evidência crescente tem demonstrado que, com recurso a técnicas de imagem avançada é possível prever a RH com elevada acuidade. O presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de concordância entre gastroenterologistas, com diferente experiência endoscópica, na previsão da RH com base na avaliação endoscópica.

Método: Incluídos doentes submetidos a pEMR de lesões colorretais não invasivas, com tamanho ≥ 20 mm, reavaliados em colonoscopia de revisão após 3-6 meses, na qual se procedeu à biópsia da cicatriz ou exérese de lesão residual.

Selecionadas 38 imagens de alta definição, com avaliação em luz branca (WL) ou *Narrow-band imaging* (NBI), 18 com RH e 20 sem RH. Foram selecionados 12 participantes com diferentes graus de experiência em endoscopia terapêutica. As imagens foram randomizadas, sendo os participantes ocultos para a ordem de aleatorização e histologia. Cada gastroenterologista classificou as imagens como RH ou sem RH, tendo-se calculado o coeficiente de concordância interobservador (k).

Resultados: A idade média foi 66 ± 12 anos, sendo 60,5% homens (n=23). O tamanho médio das lesões em estudo foi de 35 ± 15 mm, sendo 60,5% 0-Is-IIa (n=23).

A previsão endoscópica de recidiva teve sensibilidade entre 55,6%-88,9% e especificidade entre 85,0-95,0%. O valor preditivo negativo variou entre 70,4%-94,1% e o valor preditivo positivo entre 82,4-93,8%.

O coeficiente de concordância (k) entre os diferentes participantes foi de 0,806 (p<0,001). Nos doentes com recidiva obteve-se um coeficiente k de 0,881 (p<0,001) e sem recidiva de 0,925 (p<0,001). Não se verificaram

diferenças significativas entre avaliação por NBI (k=0,769; p<0,001) e WL (k=0,837; p<0,001).

Conclusão: A previsão endoscópica de recidiva após pEMR sob WL e NBI mostrou elevada concordância interobservador, entre gastroenterologistas com diferentes graus de experiência em endoscopia terapêutica.

CO 18

COLITE ULCEROSA GRAVE – PROGNÓSTICO A CURTO E LONGO PRAZO

João Estorninho; Sandra Lopes; Sofia Mendes; Ana Margarida Ferreira; Manuela Ferreira; Francisco Portela; Pedro Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A colite ulcerosa grave (CUG) ocorre em até ¼ dos doentes com colite ulcerosa (CU), permanecendo a sua abordagem um desafio terapêutico. A resposta à corticoterapia endovenosa (RCE), à terapia de resgate (RTR) e a necessidade de proctocolectomia (PC) foram já determinadas, enquanto que o prognóstico a longo prazo não está tão bem caracterizado.

Objetivo: Mostrar a evolução da CUG e avaliar fatores que possam prever resultados desfavoráveis.

Métodos: Avaliação retrospectiva de doentes com 1º episódio de CUG entre 2005 e 2018 (seguimento mínimo de 1 ano), segundo os critérios *Truelove and Witts* (CTW). Avaliadas variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais. A RCE foi definida de acordo com a necessidade de terapia de resgate (TR) e/ou PC durante o internamento. Avaliada a necessidade de reinternamento, início de terapêutica biológica (TB) e/ou PC durante o período total de seguimento (PTS).

Resultados: Incluídos 78 doentes, 43 homens, com uma idade mediana de 39 anos (18-77) e um tempo mediano de diagnóstico da CU de 20 meses.

48 (61,5%) apresentaram RCE, enquanto 30 (38,5%) foram submetidos a TR, 21 (70%) com infliximab e 9 (30%) com ciclosporina, havendo uma falência primária à TR com necessidade de PC em 5 (16,7%).

Dos doentes que apresentaram RCE, 14 (29,2%) teve necessidade de iniciar TB no 1º ano e 23 (47,9%) durante o PTS (tempo mediano de seguimento de 60 meses (12-167)).

Dos 73 (93,5%) doentes com resposta inicial à terapêutica médica (RCE ou RTR):

- 37 (50,7%) necessitaram de reinternamento durante o PTS, dos quais 29 (39,7%) no 1º ano.

- 13 (17,8%) foram submetidos a PC durante o PTS (12,5% nos RCE vs 28% nos RTR, p<0,01), dos quais 7 (9,6%) no 1º ano (2,1% nos RCE vs 24% nos RTR, p<0,01).

A taxa cumulativa de doentes com CUG submetidos a PC foi 23,1% (18 em 78). Durante o PTS ocorreu 1 óbito, não relacionado com a CU.

Doentes com maior tempo de duração da CU antes do 1º episódio de CUG apresentaram maior RCE (15,5 vs 34 meses, p=0,02), menor necessidade de TB ao 1º ano (15,5 vs 31 meses, p=0,04) e durante o PTS (16 vs 58 meses p<0,01). O sexo, a idade ao diagnóstico, a extensão anatómica da CU, os valores à admissão de Hb, PCR e albumina não se associaram com a RCE, início de TB e PC durante o 1º ano ou PTS.

Conclusões: Nos doentes com resposta inicial à terapêutica médica, a necessidade de TR associou-se a uma maior probabilidade de PC no 1º ano e no PTS.

Um maior tempo de duração da CU associou-se a uma menor necessidade de iniciar TB.