

# COMUNICAÇÕES 2

**COMUNICAÇÕES 2**

25 DE NOVEMBRO - 8:30 - 9:30 h  
25<sup>TH</sup> NOVEMBER • 08:30 - 09:30 am

**COMUNICAÇÕES ORAIS |  
ORAL PRESENTATIONS****(18506) - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE LESÕES DO CÓLON E RETO: AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA E PERFIL DE SEGURANÇA**

Dias E<sup>1</sup>, Santos-Antunes J<sup>1</sup>, Marques M<sup>1</sup>; Morais R<sup>1</sup>, Carneiro F<sup>2</sup>, Marques G<sup>1</sup>

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João;  
2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introdução:** A disseção endoscópica submucosa tem demonstrado eficácia no tratamento de lesões do tubo digestivo, apresentando como principais vantagens a possibilidade de ressecção em bloco com sobrevida semelhante e menor taxa de efeitos adversos, morbidade e duração de internamento em comparação com o tratamento cirúrgico. Apesar disso, ainda existem poucos estudos sobre disseção endoscópica submucosa de lesões do cólon e reto em centros ocidentais.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e o perfil de segurança da disseção endoscópica submucosa de lesões colorretais, numa população portuguesa.

**Material e métodos:** Avaliação retrospectiva de todos os procedimentos de disseção endoscópica submucosa de lesões do cólon e reto realizados entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2020.

**Resultados:** Foram incluídos 153 doentes com lesões colorretais propostos para disseção endoscópica submucosa, com idade média de  $64 \pm 11$  anos, sendo 58% do género masculino. A taxa de sucesso técnico foi de 96% (n = 147). As lesões estavam localizadas no colon (n = 24) e reto (n = 123), apresentando um diâmetro médio de  $44 \pm 20$  mm (15-170 mm). Foi utilizada a técnica de

disseção híbrida em 8 doentes e de “pocket-creation” em 3. A taxa de ressecção em bloco foi de 92% e 97%, de ressecções R0 de 83% e 82% e de ressecções curativas de 79% e 78% no cólon e reto, respetivamente. A necessidade de realização de técnica híbrida foi o único fator de risco identificado para ressecção em piecemeal ou R1. Verificou-se uma taxa de perfuração de 3.4% e de hemorragia tardia de 4.1%; todos os eventos adversos foram tratados endoscopicamente, sem necessidade de transfusão sanguíneas ou cirurgia. A maioria das lesões eram lateral spreading tumours do tipo granular nodular misto (70%), sendo que 20% das lesões eram malignas (12% com invasão submucosa, 8% carcinomas intramucosos).

**Conclusão:** A disseção endoscópica submucosa do cólon e reto demonstrou elevada eficácia e um excelente perfil de segurança, podendo assim ser uma opção terapêutica a considerar em centros especializados.

**(18651) - PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE STUDY FOR PREDICTION OF SEVERITY AND RECURRENCE IN ACUTE DIVERTICULITIS USING BIOCHEMICAL PROGNOSTIC FACTORS**

Sampaio M<sup>1,2</sup>, Silva E<sup>1</sup>, Brandão P<sup>1,2</sup>, Silva C<sup>1,2</sup>, Laranjeira F<sup>2,3</sup>, Oliveira P<sup>4</sup>, Santos M<sup>1,2,5</sup>

1 - Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Portugal;

2 - UMIB – Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine, ICBAS – School of Medicine and Biomedical Sciences, University of Porto, Portugal;

3 - Biochemical Genetics Unit, Medical Genetics Center Doutor Jacinto Magalhães, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Portugal;

4 - EPIUnit – Institute of Public Health, ICBAS – School of Medicine and Biomedical Sciences, University of Porto, Portugal; 5 - ITR - Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health, Porto, Portugal

**Background/Aim:** The assessment of prognostic factors for recurrence and severity of acute diverticulitis (AD) remains to be clarified. Biomarkers like C-reactive protein (CRP), faecal calprotectin (FC), and procalcitonin (PCT) may be useful for assessing severity and recurrence, as already established in inflammatory bowel disease (IBD).

**Methods:** We present the preliminary results of a pro-

spective cohort study [2021-150 (122-DEFI/125-CE)] conducted since January to August 2022. Recurrence was defined as an episode of AD after an asymptomatic period of 3 months, and severity was classified according to the Modified Hinchey Classification. Exclusion criteria were absence of Computed Tomography (CT), emergency surgery, and concurrent IBD. Serial Biomarker analysis was performed at days 0, 1, 2, 7, 30, and 90, with CRP, FC, and PCT levels. A univariate analysis was carried out, using ROC (receiver operating characteristic) analysis, and the Wilcoxon Rank sum Test.

**Results:** We enrolled 43 patients, with median age of 53 years (P25=47; P75=65), with acute complicated diverticulitis (ACD) in 17 (39,5%), and acute uncomplicated diverticulitis (AUD) in 26 (60,5%). Hinchey classifications were: 0-16,3%, Ia-44,2%, Ib -20,9%, II -14%, and III -4,9%. Just one had a percutaneous drainage of abscess. 46,5% were recurrent, in a median time of 1,9 years from the previous episode, of whom 25% with preceding ACD. Seven (16,3%) were selected for elective surgery. CRP>78 mg/L on admission predicted ACD on ROC analysis (AUC=0,891; Sen=0,824; Spe=0,808), with a median of 114 mg/L (P25=92; P75=213; p<0,001). Median CRP levels on admission were similar for recurrent (21 mg/L) and non-recurrent AUD (39 mg/L), whereas non-recurrent ACD had significantly higher levels (153 vs 75 mg/L, p<0,001). In addition, we found marginal differences between median levels of PCT on admission in ACD when compared with AUD (0.143 Vs 0.042 ng/mL, p=0.049).

**Conclusion:** These preliminary results indicate that CRP>78 mg/dl on admission of patients with clinical features of AD predicts the presence of ACD, especially in the first episode. Clinicians should have this in mind and consider a CT scan to rule out complications. However, there is still insufficient data to draw other conclusions, namely for PCT, and future results are on their way.

### (18702) - COLORECTAL CANCER SCREENING: PREMALIGNANT PHENOTYPE IDENTIFIED AT COLONOSCOPY AFTER POSITIVE FECAL IMMUNOCHEMICAL TEST IN A PORTUGUESE COHORT

Silva J A<sup>1</sup>, Archer S<sup>1</sup>, Tomaz R<sup>2</sup>, Reis J<sup>3</sup>, Tavares F<sup>3</sup>; Marcos-Pinto R<sup>1</sup>, Pedroto I<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - Abel Salazar Biomedical Sciences Institute - University of Porto;

3 - ARS Norte

**Introduction:** Subjects with a positive faecal immunochemical test (FIT) have a high prevalence of colorectal cancer (CRC) and advanced adenomas at colonoscopy. Despite evidence that screening programs based on FIT can decrease CRC incidence and mortality, there are some remaining gaps, namely the limited data on correlation between FIT positivity and the phenotype identified at colonoscopy.

**Methods:** The FIT-based CRC screening programme in Northern Portugal invited persons aged over 50 with a positive FIT for diagnostic colonoscopy at an endoscopic referral centre. In this retrospective cohort study, we assessed the outcome of colonoscopy (low/high risk adenoma/CRC) performed after a positive FIT, from December 2020 through December 2021. We studied the features of the three most advanced premalignant lesions on each patient.

**Results:** 399/434 (91.9%) FIT-positive underwent post-FIT colonoscopy, with average age of 62.7 years and 207 (47,7%) were female.

Colonoscopy was complete (cecum visualization) in 370 patients (92,7%), 322 (80,7%) were considered to have an adequate bowel cleansing (BBPS ≥5) and the adenoma detection rate was 56%.

At colonoscopy, CRC, high risk adenoma, and low risk adenoma were diagnosed in 17 (4.3%), 130 (32.6%), and 76 (19,1%), respectively. 9/17 CRC were located on the left colon. 135 (33.8%) colonoscopies were normal. 367 polyps were evaluated according its: a) location - the majority were located in the sigmoid colon (53.7%); b) morphology - the majority were sessile/plane (72.2%) (Paris 0-Is/Ila); c) size - the majority were between 6-9mm (36.8%); and d) histology - 309 polyps (84%) were adenomas, 48 (13.1%) hyperplasic, 8 (2.2%) serrated (only 2 with

dysplasia) and 1 (0.3%) traditional serrated adenoma. Risk of premalignant and malignant findings were higher in patients with 65-75 years (OR=3,365, IC 2,190-5,169, p value < 0,001) and female sex (OR= 2,113, 1,377-3,244, p value <0,001).

The average time between FIT and colonoscopy was 87,7 days. The majority of CRC's and high-risk adenomas were detected between 60-90 days. There was no association between CRC or high-risk adenoma with an increased time (days) between FIT and colonoscopy.

**Conclusion:** Continuous assessment and report of performance measures for CRC screening programs are of essential value for quality-of-care improvement.

In this European FIT-based screening program we observed a high adherence rate, maybe supported by its realization in a reference centre.

We found a low rate of serrated polyps which might represent low FIT sensitivity for its detection compared with conventional adenoma.

### (18677) - LYMPH NODE RATIO VS AJCC pN AS PROGNOSTIC MARKERS IN STAGE III COLON CANCER

Costeira B<sup>1</sup>, Silva F B<sup>1</sup>, Cabral F<sup>1</sup>, Maciel J<sup>1</sup>, Abecasis N<sup>1</sup>, Limbert M<sup>1</sup>

1 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introduction:** Lymph node ratio (LNR) has been suggested to be a stronger survival outcome predictor than American Joint Committee on Cancer (AJCC) pN category, particularly in patients with less than 12 harvested lymph nodes. However, published data are conflicting. We aimed to compare the prognostic significance of LNR and AJCC pN.

**Materials and methods:** We performed a retrospective, single-center, cohort analysis of a prospectively collected data base, of stage III colon cancer patients, operated between 2010 and 2019. LNR was calculated for all patients, and the sample was divided into quartiles. pN was analyzed according to subcategories (pN1a, pN1b, pN2a, pN2b). Survival analysis was performed using Kaplan-Meier method. Logistic regression was used to create LNR and pN predictive models. ROC curves were used to compare these models.

**Results:** From 835 colon cancer patients operated during this time period, 262 (31.4%) were stage III and all of them were included in the analysis. Median number of analyzed lymph nodes was 17 [interquartile range: 13-24]. Both LNR and pN were associated with overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) (p<0.05) in the logistic regression model. Area under the curve for LNR predicting survival was 0.680 vs 0.645 for pN. Less than 12 analyzed nodes were found in 42 (16%) patients. In this subgroup, neither LNR nor pN were associated with OS and DFS.

**Discussion/Conclusions:** LNR showed non-inferiority vs AJCC pN category in predicting survival in patients with over 12 retrieved lymph nodes. Neither system associated with survival in patients with less than 12 retrieved lymph nodes.

### (18695) - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – QUAL A PERFORMANCE DO TRATAMENTO INSTRUMENTAL NA PATOLOGIA HEMORROIDÁRIA NESTES DOENTES?

Carvalho T<sup>1</sup>, Gonçalves A R<sup>2</sup>, Leal T<sup>1</sup>; Caetano A C<sup>1</sup>, Coelho R<sup>2</sup>, Gonçalves M<sup>1</sup>, Guimarães A<sup>1</sup>; Pereira J<sup>1</sup>, Fernandes D<sup>1</sup>, Gonçalves R<sup>1</sup>

1 - Hospital de Braga;

2 - Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introdução:** A doença perianal ocorre em cerca de 20% dos doentes com doença inflamatória intestinal (DII). A patologia hemorroidária (PH), frequentemente desvalorizada, pode ter um impacto importante na qualidade de vida do doente. O tratamento da PH em doentes com DII é mais desafiante por um potencial maior risco de complicações. Dados sobre o tratamento instrumental na PH em doentes com DII são escassos.

**Objetivo:** Os autores pretendem avaliar a segurança e eficácia do tratamento instrumental na PH em doentes com DII.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo e multicêntrico, que inclui doentes com DII submetidos a tratamentos instrumental de PH, em dois hospitais centrais, entre julho de 2013 e julho de 2021. Foram excluídos doentes com menos de 12 meses de seguimento após o último tratamento. Foram analisados dados relativos ao diagnóstico, classificação e tratamento da DII e da PH. O sucesso clínico foi definido como

a resolução dos sintomas iniciais relativos à doença hemorroidária por, pelo menos, 1 ano, sem necessidade de tratamento adicional.

**Resultados:** Foram incluídos 41 doentes, com idade média 49,8 ( $\pm$  11,6) anos e maioritariamente do sexo feminino (n=26; 63,4%). A maioria dos doentes (n=29, 70,7%) tinha colite ulcerosa. Os doentes de Crohn apresentaram atingimento cólico em 41,7% (n=5) e predomínio de comportamento não estenosante, não penetrante em (n=10, 83,3%). Dos 41, 29 doentes (70%) estavam em remissão endoscópica da sua DII, no início do tratamento instrumental. Relativamente à PH, os sintomas mais comuns foram a hemorragia (n=34, 82,9%) e o prolapso hemorroidário (n=15, 36,6%). De acordo com a Classificação de Goligher, 21 doentes apresentavam grau I (52,2%), 8 doentes tinham grau II (19,5%) e 12 doentes com grau III (29,3%). Foram submetidos a laqueação elástica 34 doentes, num total de 74 procedimentos, com uma média de sessões/doente de 2,18 ( $\pm$  1,27). Dos 7 doentes que realizaram injeção de polidocanol espumoso, 6 necessitaram apenas de 1 sessão e um doente realizou 2 sessões. O tratamento instrumental foi eficaz em 35 doentes (85,4%) ao longo de um seguimento médio de 3,4 ( $\pm$  2,0) anos. O sucesso clínico foi superior nos doentes com hemorroidas grau I e II (p=0,05) e não se relacionou com a remissão da DII nem com a sua terapêutica em curso. Do total de 82 procedimentos instrumentais para PH, ocorreram 10 complicações precoces (11,9%) e nenhuma complicação tardia, tendo 2 doentes necessitado de tratamento endoscópico e 1 de antibioterapia (total 3,6%). As complicações descritas não se associaram a fatores da DII nem da terapêutica, nomeadamente colite ulcerosa e imunossupressão (p>0,05). Dos 6 doentes (14,6%) que falharam o tratamento instrumental, 4 foram submetidos a cirurgia, sem complicações precoces/tardias associadas.

**Discussão/Conclusão:** Neste estudo o tratamento instrumental foi eficaz (85%) e seguro, com uma baixa taxa de complicações com necessidade de tratamento. Em paralelo com a população geral, após a falha das medidas conservadoras, o tratamento instrumental poderá ser considerado uma opção segura e eficaz nos doentes com DII.

### (18703) - COMPARAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS APÓS DIFERENTES ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NEOADJUVANTES NO TRATAMENTO DE CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO

Gama B<sup>1</sup>, Galvão D<sup>2</sup>, Videira J F<sup>3</sup>, Sousa A<sup>3</sup>

1 - Hospital da Horta, E.P.E.R.;

2 - Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R.;

3 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

**Introdução:** O tratamento multimodal é a abordagem standard para doentes com neoplasia do reto localmente avançada, sendo que a sequencia em que os tratamentos são administrados continua a ser motivo de debate. Recentemente, a Terapia neoadjuvante total (TNT) surgiu como uma alternativa aos tratamentos standard, demonstrando resultados promissores no que diz respeito à resposta loco-regional e melhoria da sobrevida. No entanto, a evidência sobre a segurança e eficácia do esquema TNT é controversa.

**Objetivos:** Os autores têm como objetivo comparar o esquema TNT e o esquema neoadjuvante standard (TNS) no tratamento de doentes com cancro do reto localmente avançado.

**Materiais e Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de neoplasia do reto localmente avançado, admitidos na nossa Instituição desde janeiro de 2020 até maio de 2022. Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com o tratamento neoadjuvante que receberam: TNS (quimioradioterapia ou radioterapia esquema curto) ou TNT. O principal outcome avaliado foi o desenvolvimento de complicações no intraoperatório e nos primeiros 30 dias de pós-operatório. Secundariamente foi avaliada a taxa de resposta patológica completa e ressecção R0.

#### **Resultados**

Dos 56 doentes incluídos no estudo, 28 (50%) foram tratados com esquema TNT. A maioria dos doentes eram do género masculino (82,1%) e tinham uma idade média global à data da cirurgia de 61,50 anos ( $\pm$  12,05). Em relação às características da neoplasia, 46,4% dos doentes apresentavam tumores em estágio IIIB localizados no reto médio. A ressecção anterior do reto foi realizada em 51,8% dos casos, com uma taxa de ressecção R0 de 78,6%.

A resposta patológica completa foi atingida em 21,4% dos doentes submetidos a TNT, em comparação com 17,9% dos doentes que receberam TNS. A taxa de complicações foi igual em ambos os grupos (53,6%;  $p=0,791$ ). No grupo TNT, a principal complicação intraoperatória foi a perfuração de víscera oca (10,7%) e a complicação mais frequente aos 30 dias foi a infeção intrabdominal (10,7%). Os doentes que receberam TNS não tiveram complicações no intraoperatório. No entanto, neste último grupo, a infeção da ferida operatória ocorreu em 17,9% dos casos.

**Conclusão:** O nosso estudo sugere que a utilização do esquema TNT no tratamento de cancro do reto localmente avançado, poderá estar associado a uma melhoria da resposta locoregional do tumor sem aumentar a taxa de complicações cirúrgicas. Contudo, estudos prospetivos randomizados e multicêntricos são necessários para confirmar estes achados.

## COMUNICAÇÕES 2

### VÍDEOS

#### (18536) - NOSES - “MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN MINIMALLY INVASIVE SURGERY”

Correia P<sup>1</sup>, Silva D<sup>1</sup>, Magno L<sup>1</sup>, Frutuoso L<sup>1</sup>, Matos M L<sup>1</sup>, Soares A<sup>1</sup>, Sousa M R<sup>1</sup>, Pereira A M<sup>1</sup>, Costa J<sup>1</sup>, Nora M<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

**Introdução:** Ao longo das últimas décadas a abordagem cirúrgica das neoplasias colorretais tem evoluído no sentido da cirurgia minimamente invasiva e, atualmente, a laparoscopia é mundialmente aceite como uma via de abordagem de eleição. Contudo, a cirurgia laparoscópica colorretal continua a requerer uma incisão abdominal para extração da peça cirúrgica, com todas as complicações que daí podem advir.

A cirurgia NOSE (*natural orifice specimen extraction*) desenvolveu-se com o objetivo de colmatar os problemas relacionados com as mini-laparotomias da cirurgia laparoscópica. Todavia, esta técnica ainda não se tornou amplamente difundida na prática clínica apesar de já ter sido comprovada a sua segurança oncológica e cirúrgica. Para além da destreza técnica e dos requisitos de seleção de doente que lhe são exigidos, têm sido levantadas algumas questões relativamente ao risco de contaminação da cavidade abdominal e de sementeira tumoral no orifício de extração da peça.

**Objetivo:** Os autores apresentam em formato vídeo uma resseção anterior do reto laparoscópica com a técnica NOSE, realçando as vantagens e possíveis indicações da aplicação desta técnica cirúrgica minimamente invasiva.

**Resumo do Caso:** Sexo masculino, 59 anos, ECOG 0, sem antecedentes patológicos de relevo, foi apresentado em reunião de grupo oncológico multidisciplinar após reali-

zação de polipectomia cólica durante uma colonoscopia de rastreio. Tratava-se de um pólipó sésil com 8-9mm localizado aos 20cm da margem anal, cuja histologia revelou um foco de adenocarcinoma bem diferenciado, com invasão focal da submucosa, distando 1mm do plano fulgurado de secção, sem imagens sugestivas de permeação linfovascular ou budding tumoral (*Kikuchi sm1?*). Após revisão das lâminas, concluiu tratar-se de um pólipó maligno com características de alto risco por apresentar uma profundidade de invasão da submucosa > 1mm, tendo o doente sido proposto para cirurgia.

Após completar o estadiamento, que não revelou doença local nem à distância, foi submetido a resseção anterior do reto por via laparoscópica, cumprindo os princípios da excisão total do mesorreto, com extração da peça por via transanal (NOSE), sem intercorrências.

O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao 4º dia de internamento.

A histologia da peça cirúrgica não identificou estruturas neoplásicas residuais (ypTONOM0 – estadio I) e aos 4 meses de pós-operatório o doente encontra-se assintomático e sem evidência de recidiva.

**Relevância:** Na era da cirurgia minimamente invasiva o princípio cirúrgico é o de preservar o máximo possível os tecidos e órgãos saudáveis, reduzindo o trauma cirúrgico e o impacto na qualidade de vida dos doentes, sob a premissa de garantir uma resseção completa e segura.

A cirurgia laparoscópica por NOSE mantém a integridade e funcionalidade da parede abdominal, consequentemente apresentando inúmeras vantagens relativamente à laparoscopia tradicional sem negligenciar os princípios oncológicos. Representa assim um avanço no tratamento cirúrgico de neoplasias colorretais em doentes selecionados e realizada por cirurgiões com experiência em laparoscopia.

## (18551) - RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS OPERAÇÃO DE HARTMANN – É A ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA UMA ALTERNATIVA?

Lima R P<sup>1</sup>, Oliveira J<sup>1</sup>, Velez C<sup>1</sup>, Bolota J<sup>1</sup>, Leandro S<sup>1</sup>, Cotovio M<sup>1</sup>, Rente M<sup>1</sup>, Matias I<sup>1</sup>, Cinza M<sup>1</sup>, Machado A<sup>1</sup>, Travassos J<sup>1</sup>, Silva A<sup>1</sup>, Carvalho M<sup>1</sup>

1 - Hospital Espírito Santo de Évora

**Introdução:** A reconstrução de trânsito intestinal nos doentes submetidos a operação de Hartmann trata-se de uma intervenção cirúrgica complexa associada a uma elevada taxa de complicações. A abordagem laparoscópica, apesar de ser tecnicamente exigente, tem vindo a aumentar por estar associada a menor morbi-mortalidade.

**Objetivo:** Apresentação de dois casos clínicos de reconstrução de trânsito intestinal por via laparoscópica. Material e métodos

Apresentação de dois casos clínicos em formato de vídeo.

**Resultados:** Apresentam-se dois casos de doentes que por neoplasia perfurada do cólon sigmóide foram submetidos a operação de Hartmann, seguida de quimioterapia adjuvante. Após a realização dos exames de seguimento, que excluíram recidiva, e estudo endoscópico do cólon sem alterações, foram propostos para cirurgia laparoscópica de reconstrução de trânsito intestinal.

**Caso 1:** Doente do sexo masculino de 53 anos de idade, com volumosa hérnia periclostômica, submetido a reconstrução intestinal por abordagem laparoscópica. Pós-operatório imediato complicado de hemorragia intra-abdominal identificada e resolvida por laparoscopia. Alta ao 6º dia pós-operatório.

**Caso 2:** Doente do sexo masculino de 66 anos de idade, com volumosa hérnia incisional, submetido a reconstrução intestinal por abordagem laparoscópica. Pós-operatório complicado de ileus com necessidade de pausa alimentar e introdução de procinéticos. Alta ao 8º dia pós-operatório. O doente aguarda correção cirúrgica da hérnia incisional.

Em ambos os casos, procedeu-se, após a colocação de quatro trocares, a laboriosa lise de aderências e libertação das ansas de delgado da parede abdominal, com redução do conteúdo herniário. Realizou-se de seguida a

mobilização do coto rectal e secção mecânica do mesmo. Após a mobilização do ângulo esplénico e cólon esquerdo, procedeu-se a desmontagem da colostomia com secção do cólon a nível proximal e de seguida a confeção de anastomose colorectal mecânica termino-terminal. Por fim, confirmou-se a estanquicidade da anastomose com insuflação transanal de ar após imersão em soro.

**Discussão/ Conclusão:** A reconstrução de trânsito intestinal por abordagem laparoscópica é uma cirurgia tecnicamente difícil pela laboriosa libertação de aderências a que habitualmente está associada. Sempre que possível, a abordagem laparoscópica deve ser preferida dado que se encontra associada a menos complicações.

## (18697) - NEOPLASIA ULTRABAIXA DO RETO: PROTECTOMIA TOTAL POR VIA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE COLOANAL

Marques P<sup>1</sup>, Silva E<sup>1</sup>, Brandão P<sup>1</sup>, Silva A C<sup>1</sup>, Sampaio M<sup>1</sup>, Santos M<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** O tratamento cirúrgico das neoplasias do reto baixo está historicamente associado a técnicas agressivas com necessidade de amputação do aparelho esfíncteriano e confeção de um estoma definitivo. Avanços recentes no estadiamento e na caracterização das lesões permitiu o desenvolvimento de técnicas poupadoras de esfíncter em lesões que previamente teriam indicação formal para amputação.

Em doentes selecionados, as técnicas de proctectomia com ressecção interesfíncteriana permitem uma melhor qualidade de vida sem comprometer o resultado oncológico. O conhecimento e domínio da técnica são importantes de modo a prestar o melhor tratamento possível aos doentes com neoplasia do reto baixo.

**Objetivo:** Demonstrar a técnica de proctectomia com ressecção interesfíncteriana e os adjuntos atuais para confirmar a correta vascularização do topo cólico.

**Resumo do caso:** Homem de 66 anos, com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata. Por quadro de retorragias e falsas vontades com 3 meses de revolução realizou colonoscopia, com achado de neoplasia do reto baixo, ocupando metade da circunferência posterior, a cerca de 3cm da margem anal. Completou estadiamento com

tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvico, ressonância magnética pélvica e PET, sem evidência de lesões à distância; localmente com extensão de cerca de 4,5cm, sem invasão da gordura perirrectal nem das estruturas adjacentes, com margem inferior a cerca de 1cm da transição recto-anal e a 3,5cm do orifício anal externo. Discutido em consulta de grupo: proposto para radioterapia neoadjuvante com quimioterapia radiosensibilizante. Realizou RM pélvica de reestadiamento, que apresentava massa residual com resposta parcial.

Submetido após a proctectomia total por via laparoscópica com ressecção interesfincteriana total e anastomose coloanal manual associada a ileostomia de proteção. Utilizado verde de indocianina após exteriorização da peça para confirmação de viabilidade adequada, previamente a confecção de anastomose. Procedimento e pós-operatório decorreram sem intercorrências, tendo alta em D10 pós-operatório.

Resultado histológico compatível com adenocarcinoma ypT3N0 R0, com grau de regressão tumoral (TRG): 3.

**Relevância:** As cirurgias poupadoras de esfíncter permitem bons resultados oncológicos e funcionais, apesar de tecnicamente exigentes. É importante o conhecimento dos seus passos e das suas eventuais limitações. O cumprimento das premissas para a correta cicatrização anastomótica, nomeadamente a ausência de tensão e uma irrigação dos tecidos é essencial para uma evolução pós-operatória adequada. A utilização do verde de indocianina como método adjuvante para confirmação da irrigação dos tecidos tem vindo a ser difundido, com resultados promissores.

### (18746) - TRANSVERSE PERINEAL SUPPORT

Sousa P<sup>1</sup>, Gonçalves E<sup>1</sup>, Antunes A<sup>1</sup>, Marques I L<sup>1</sup>, Sousa A<sup>1</sup>, Pereira A<sup>1</sup>, Cavadas S<sup>1</sup>, Rodrigues J<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>1</sup>, Santos P<sup>2</sup>, Azevedo C<sup>3</sup>, Pereira J C<sup>1</sup>

1 - Hospital de Braga; 2 - Hospital de Torres Vedras; 3 - Hospital Cova da Beira

**Introduction:** The transverse perineal support (TPS) represents a surgical procedure that aims the creation of an element of support to the pelvic floor in patients suffering from obstructed defecation syndrome (ODS) and perineal descent (PD).

PD is a pathology often associated with ODS because of inadequate rise of intraabdominal pressure during straining and its main cause is believed to be an excessive and repetitive straining leading to a weak pelvic floor musculature.

The TPS aim is to mimic the role of superficial transverse perineal muscle function, which functional activity represents an important role in limiting excessive PD in normal subjects.

**Materials and methods:** The aim of this video is to demonstrate the TPS as an approach for treatment of PD in patients experiencing ODS. This patient is a 54-year-old female with medical history of previous hemorrhoidal correction, antero-lateral colpopexy + ventral rectopexy laparoscopically and hysterectomy suffering from ODS and PD.

The patient was positioned in lithotomy position, the ischial tuberosities were identified by palpation and an incision was made (approx. 2cm) on each side of the overlying skin. Dissection using electrocautery was performed in the adipose tissue from the superficial fascial of the perineum to create a tunnel between the two branches of the pubis passing a forceps through this tunnel. A propylene implant (approx. 4 x 18 cm – tapered in the middle third) was positioned above the perineum superficial fascia and sutured to the periosteum membrane and the excess trimmed away and the skin incision sutured.

**Results:** The procedure went without complications and the patient was discharged at the same day of the procedure. The post operative period had no complications and the patient showed improvement of PD but maintained the ODS symptoms.

**Conclusion:** TPS is a promising technique and appears to be a safe and effective surgery (with a short-term follow-up) in treatment of ODS with PD in selected patients and represents a simple procedure with short hospital stay and low evidence of complications.

### (18732) - SPLENIC FLEXURE SEGMENTAL RESECTION WITH INFERIOR MESENTERIC VEIN PRESERVATION

Santos P<sup>1</sup>, Lucas I<sup>2</sup>, Pereira A<sup>2</sup>, Antunes A<sup>2</sup>, Cavadas S<sup>2</sup>, Gonçalves E<sup>2</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Azevedo C<sup>3</sup>, Rodrigues J<sup>2</sup>, Pedro J<sup>2</sup>, Sousa A<sup>2</sup>, Sousa P<sup>2</sup>, Pereira J C<sup>2</sup>

1 - Hospital de Torres Vedras - Centro Hospitalar do Oeste;

2 - Hospital de Braga;

3 - Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira

**Introduction:** Among left colon tumors, those of the splenic flexure are the less common. There are some controversies on the appropriate extend of the colic resection and lymph node dissection and those controversies have their roots in the embryology of this region. The splenic flexure is located in a border area for arterial supply (middle colic artery arising from superior mesenteric artery and left colic artery arising from inferior mesenteric artery). Some surgeons prefer a more extended colectomy such left hemicolectomy but an excision of splenic flexure with ligation of the left colic artery and the left branch of the middle colic artery can also be done without jeopardizing the oncological results. Preservation of the inferior mesenteric vein also allows to maintain the venous drainage of the sigmoid intact.

**Aim:** To show that segmental resection is a safe and effective treatment option for tumors of the splenic flexure.

**Materials and methods:** Presenting a video of a segmental resection of the splenic flexure with inferior mesenteric vein preservation.

**Results:** A 68-year-old man, with no relevant medical history, was diagnosis with a colonic adenocarcinoma. The colonoscopy showed an exophytic and ulcerated neoplasm at 50 cm of anal verge. The CT scan revealed a localised colon cancer with no metastatic disease. The patient was proposed to curative surgery. The laparoscopy showed a tumor localised to the splenic flexure and the patient was submitted to a splenic flexure segmental resection with inferior mesenteric vein preservation. The histology of the specimen revealed to be a pT2 N0 (0/34) R0.

**Conclusion:** Segmental resection is a surgical approach that could be oncologically safe without compromise the lymph node harvested.

### (18737) - PROTECTOMIA RECONSTRUTIVA COM BOLSA ILEOANAL MINIMAMENTE INVASIVA APÓS COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA TERMINAL POR COLITE ULCEROSA

Manso A<sup>1</sup>, Andrade R<sup>1</sup>, Almeida A<sup>1</sup>, Rosete M<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Objectivo/introdução:** A Proctocolectomia reconstrutiva é uma cirurgia complexa, ainda mais quando realizada por laparoscopia. Uma boa técnica cirúrgica é essencial para um bom resultado cirúrgico em particular nos doentes com Colite Ulcerosa (CU).

**Material e métodos:** Doente de 45 anos, sexo masculino com antecedentes de colectomia total com ileostomia terminal laparoscópica há 18 meses em contexto de urgência por CU com intratabilidade médica. Após mobilização da ileostomia e encerramento do ileon com TA colocou-se GelPoint no local do anterior estoma. Realizou-se laparoscopia exploradora e libertação das aderências do intestino delgado e mobilização do mesentério do duodeno e pâncreas. Removido o intestino delgado pelo GelPoint, e confeção de bolsa ileal em J e colocação de cabeça de EEA. Colocação de GelPoint anal e dissecação do reto até ao plano abdominal com extracção deste por via anal. Anastomose coloanal com EEA 33. Confeção de ileostomia lateral no local da antiga ileostomia.

**Resultados:** A cirurgia teve uma duração de 180 m e o doente teve alta ao 6º dia sem intercorrências.

**Conclusão:** A abordagem trans-anal na proctectomia por CU facilita uma dissecação preservando o mesorecto. Uso de GelPoint no local da anterior ileostomia diminui a necessidade de portas para o tempo abdominal. Uma abordagem minimamente invasiva evita complicações e facilita a recuperação dos doentes.

## COMUNICAÇÕES 2 CASOS CLÍNICOS

### (18527) - CISTOS DE DUPLICAÇÃO DO RETO E OS SEUS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Ferreira A T<sup>1</sup>, Azevedo J P<sup>3</sup>, Saraiva M M<sup>2</sup>, Pedroto I<sup>4</sup>, Castro-Poças F.<sup>4</sup>

1 - Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - ManopH - Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva;

3 - Hospital CUF-Porto;

4 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

As duplicações do trato gastrointestinal são anomalias congénitas raras (1/10.000 nados vivos), que podem ocorrer ao longo de todo o trato gastrointestinal. Dessas, as duplicações do reto são as menos frequentes (4%). A apresentação destas lesões no reto é mais usual na infância, sendo raro o seu diagnóstico na idade adulta. Apesar de geralmente assintomáticos, os cistos de duplicação do reto podem surgir com diversas apresentações, como através de sintomas de efeito de massa ou de fistulização, ou mesmo com sintomas hemorrágicos. Assim, a sua identificação representa um verdadeiro desafio diagnóstico, surgindo a ecoendoscopia com um papel fulcral no seu reconhecimento.

Neste trabalho apresentamos uma série de quatro casos de cistos de duplicação do reto, nos quais a ecoendoscopia teve papel central no diagnóstico e orientação clínica.

Caso 1: Um homem de 54 anos, assintomático, cuja colonoscopia de rastreio mostrou abaulamento da parede do reto. Por este motivo foi realizada ecoendoscopia que evidenciou, entre os 5 e 8cm da margem anal, uma lesão heterogénea (43x35mm), bem delimitada, maioritariamente cística, com várias cavidades anecoicas no seu interior, a condicionar compressão extrínseca da parede do reto; a camada muscular da parede do reto parecia envolver a lesão. Foi realizada punção aspirati-

va durante o exame, cuja avaliação citológica revelou a presença de muco, bem como grupos de células cilíndricas epiteliais, sem malignidade. Foi decidida exérese cirúrgica da lesão, tendo a histologia revelado a presença de muco e mucosa tipicamente colorretal na sua superfície interior, disposta sob a camada muscular da lesão, que se mantinha em continuidade com a camada muscular do reto – foi assim possível confirmar o diagnóstico de cisto de duplicação do reto.

Caso 2: Uma mulher de 56 anos, com queixas de supuração perianal com 3 meses de evolução, apresentava uma colonoscopia apenas com abaulamento da parede retal. Foi submetida a ecoendoscopia, que revelou uma lesão de morfologia tubuliforme, cujos maiores diâmetros transversais iam diminuindo progressivamente desde a localização posterior à transição anorretal até à margem perianal (de 16x15 a 2x4mm); apresentava localização interesfínteriana ao longo do canal anal e localização interna ao puborretal na região mais proximal; a lesão era ainda heterogénea, com aparentes componentes hiperecogénicos e hipoeecogénicos-aneocogénicos no seu interior. Uma vez que a morfologia e o comportamento ecográfico da lesão eram mais sugestivos de cisto de duplicação de canal anal/reto fistulizado, foi proposta exérese cirúrgica da lesão, que comprovou a suspeita diagnóstica.

Caso 3: Um homem de 60 anos, com queixas de incontinência para gases em contexto de pós-hemorroidectomia, foi enviado à consulta por lesão subepitelial do reto. A ecoendoscopia mostrava uma lesão heterogénea predominantemente hiperecogénica, com aparente conteúdo grumoso, bordos regulares e bem delimitada (24x10mm), que parecia depender da muscularis propria do reto. Foi realizada punção aspirativa da lesão, cuja citologia mostrou células caliciformes e ainda alguns enterócitos – portanto, suspeita de cisto de duplicação do reto. Foi ponderada exérese cirúrgica da lesão para confirmação histológica; contudo, pelo risco de agravamento de incontinência, decisão conjunta com o doente de unicamente vigilância. O doente já

foi reavaliado ecoendoscopicamente após 3 anos, com a lesão a manter as mesmas características.

Caso 4: Um homem de 57 anos, assintomático, recorreu à consulta após realização de colonoscopia de rastreio a mostrar abaulamento da parede retal. Por esse motivo foi realizada ecoendoscopia: a cerca de 9cm da margem anal, lesão heterogénea, cística, com áreas anecoicas e áreas hiperecogénicas, bem delimitada no espaço peri-retal posterior; na sua maior extensão extrínseca à parede retal; contudo, em certos focos ocorria duplicação da muscularis propria, envolvendo a lesão. Colocada hipótese de diagnóstico de cisto de duplicação retal. Embora tenha sido proposto ao doente a exérese cirúrgica da lesão para confirmação histológica, este ainda não optou por cirurgia.

Esta série de casos ilustra a variedade de apresentação destas lesões, apesar de extremamente raras, e como o seu diagnóstico pode ser desafiante, especialmente na idade adulta. Tipicamente as lesões de duplicação gastrointestinal caracterizam-se por aderência a algum local do trato gastrointestinal, a envolvimento da lesão por parte da camada muscular ou a duplicação da muscularis propria e ainda a existência de células no seu interior características da mucosa gastrointestinal. O diagnóstico dos cistos de duplicação do reto permite a distinção com outras entidades, tais como teratomas, meningocelo, leiomiossarcoma e abscessos. A ecoendoscopia, ao permitir identificar características praticamente patognomónicas dos cistos de duplicação do reto, apresenta um papel fulcral na sua identificação e orientação terapêutica. Neste último ponto, a realização de punção aspirativa pode ser decisiva ao ter papel central entre certos diagnósticos diferenciais e seleção da abordagem cirúrgica. Embora nem sempre necessária, a exérese cirúrgica proporciona o diagnóstico definitivo e é curativa, possibilitando, quando aplicável, o alívio sintomático, e prevenindo ainda complicações locais, tais como sobreinfecção, hemorragia e, pese embora rara, a eventual degenerescência maligna da lesão.

## (18602) - COLANGIOCARCINOMA HILAR COM METASTIZAÇÃO RETAL: UMA APRESENTAÇÃO INVULGAR COM HEMATOQUÉZIA

Gonçalves A<sup>1</sup>, Silva M<sup>1</sup>, Barbeiro S<sup>1</sup>, Fernandes A<sup>1</sup>, Vasconcelos H<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar de Leiria

**Introdução:** O Colangiocarcinoma é um tumor raro que metastiza mais frequentemente para o fígado, peritônio e pulmões. A metastização gastrointestinal na ausência de disseminação peritoneal evidente é extremamente rara.

**Objectivo:** Os autores apresentam um caso clínico de um colangiocarcinoma com metástases rectais diagnosticado após um episódio de hematoquézias.

**Caso clínico :** Doente de 84 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do endométrio e da vesícula biliar, submetidos a cirurgia curativa, recorre ao serviço de urgência por quadro de icterícia obstrutiva. A Tomografia Computatorizada (TC) e Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética revelaram estenose do canal hepático comum e dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Submetida a drenagem percutânea por Colangiografia Transhepática. Ainda no mesmo episódio, desenvolveu hematoquézias com a rectosigmoidoscopia a mostrar mucosa retal congestiva e uma úlcera de fundo maioritariamente branco com ponto hematínico, dura ao toque de pinça, com cerca 20 mm de maior eixo, no recto distal. Biópsias da úlcera compatíveis com neoplasia de origem biliar com marcação imuno-histoquímica positiva para CK 7 e negativa para CK20, receptores de estrogénio ou progesterona. Sem disseminação peritoneal ou outras localizações secundárias. Assumido diagnóstico de colangiocarcinoma hilar com metastização rectal. Sem indicação para tratamento sistémico, referenciada para cuidados paliativos.

**Relevância:** Após revisão da literatura, os autores encontraram apenas cinco casos reportados de metástases no cólon com origem primária em colangiocarcinoma e um caso de disseminação pélvica isolada com estenose rectal. Este é o primeiro caso descrito de colangiocarcinoma com metástases rectais apresentando-se com hematoquézias.

### (18614) - DUAS NEOPLASIAS DO COLÓN METÁCRONAS - UM AZAR NUNCA VEM SÓ

Bragança S<sup>1</sup>, Pereira A<sup>1</sup>, Alexandrino G<sup>1</sup>, Moita F<sup>2</sup>, Oliveira A<sup>1</sup>, Costa M N<sup>1</sup>, Horta D<sup>1</sup>

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

2 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introdução:** O adenocarcinoma do colón e o linfoma não-Hodgkin (LNH) com envolvimento do colón são duas neoplasias distintas. Na literatura, existe referência ao diagnóstico síncrono dessas neoplasias ou metácrono, em que o adenocarcinoma do colón é a segunda neoplasia a ser diagnosticada. Todavia, raramente é descrita a relação metácrona em que o diagnóstico de LNH ocorre após o de adenocarcinoma do colón e, adicionalmente, em que o LNH é o linfoma de células do manto (LCM). O adenocarcinoma do colón é a terceira neoplasia mais prevalente em Portugal. A sequência adenoma-adenocarcinoma, maioritariamente, pela via de instabilidade cromossómica, encontra-se na base da sua patogénese. O LCM é pouco frequente, representando 6% de todos os LNH e é caracterizado pela translocação cromossómica t(11;14)(q13;q32), levando à expressão nuclear da ciclina-D1. No LCM, o estudo endoscópico do trato gastrointestinal (TGI) não está preconizado na ausência de suspeita do seu envolvimento, o qual pode ocorrer em cerca de 30% dos casos. A polipose linfomatosa múltipla (PLM) é o achado endoscópico mais frequente no LCM com envolvimento do colón.

**Objetivo:** Partilhamos um caso clínico raro de duas neoplasias distintas metácrônicas, LCM estadio IV (por envolvimento do colón) após o diagnóstico de adenocarcinoma do colón. Adicionalmente, pretendemos apresentar a exuberância dos achados endoscópicos referentes ao envolvimento cólico pelo LCM na forma de PLM.

**Resumo do caso clínico:** Homem de 79 anos diagnosticado com adenocarcinoma do cólon sigmoide, em 2018, após se apresentar no serviço de urgência em oclusão intestinal. Foi submetido a cirurgia de Hartmann de emergência, ficando com colostomia desde então. Tratava-se de adenocarcinoma estadio IIIB (pT3 N1b M0), da classificação AJCC, tendo completado seis meses de quimioterapia (QT) adjuvante com capecitabina. A primeira colonoscopia total foi realizada 4 meses após a cirurgia,

sem evidência de neoplasia síncrona. Manteve-se em vigilância clínica, analítica e imagiológica como preconizado, porém não foi realizada colonoscopia 1 ano após a cirurgia. Durante o período de vigilância não foi identificada sintomatologia de novo nem sinais de recidiva de doença. Sem história familiar apurável de patologia oncológica.

Três anos após a cirurgia, desenvolveu disfagia orofaríngea de agravamento progressivo, com identificação de hipertrofia amigdalina assimétrica e múltiplas adenomegalias cervicais suspeitas, sem outros sintomas referentes ao TGI. Após referência ao otorrinolaringologista, foi realizada biópsia da amígdala que revelou ser compatível com LCM, tendo-se documentado a translocação cromossómica t(11;14), no sangue periférico, por técnica de hibridização *in situ* fluorescente. Na tomografia computadorizada de estadiamento, além de adenopatias supra e infradiaphragmáticas, identificou-se heterogeneidade de toda a vertente intraluminal da parede cólica e, no fundo cecal, uma massa com cerca de 5cm de maior diâmetro. Para esclarecimento destes achados foi realizada colonoscopia total com ileoscopia. Desde o orifício da colostomia até ao íleon terminal foram identificados múltiplos pólipos, alguns deles com umbilicação central. Adicionalmente, visualizou-se uma massa vegetante e friável, de 55mm de maior diâmetro, no fundo cecal. Foram realizadas biópsias de pólipos no íleon, cólon ascendente e descendente, bem como da massa cecal. Em todas as amostras histológicas foi identificado um infiltrado de células linfóides monomórficas. No estudo imunohistoquímico, as células linfóides expressavam CD20 e CD5, revelaram-se negativas para CD3, CD23 e CD10 e, adicionalmente, documentou-se a sobreexpressão da ciclina-D1. Assumiu-se o diagnóstico de LCM estadio IVA, da classificação de Ann-Arbor, com score MIPIb de alto risco. Após o primeiro ciclo de R-bendamustina (rituximab e bendamustina), o doente foi diagnosticado com COVID19 e a quimioterapia foi suspensa até alcançar critérios de cura virológica. Cerca de 2 meses após o diagnóstico da COVID19, reiniciou quimioterapia com R-CVP (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, prednisolona), pelo seu menor efeito imunossupressor, com resposta clínica, encontrando-se

preconizada realização de colonoscopia total após completar 6 ciclos de QT.

**Relevância:** Este caso clínico descreve a raridade da relação metácrona bem como ordem cronológica entre adenocarcinoma do colón e LCM com envolvimento do colón. No presente caso ambas as neoplasias foram assumidas como esporádicas. A partilha de fatores de risco e/ou mecanismos fisiopatológicos provavelmente é um aspeto a considerar face à presente associação, porém são raros os casos descritos, o que limita a investigação na área. Adicionalmente, partilhamos os achados endoscópicos exuberantes do envolvimento do colón pelo LCM.

### (18623) - "PURSE-STRING" ESCHAR CLOSURE AFTER ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF A RECTAL LESION

Estevinho M M<sup>1</sup>, Pinho R<sup>1</sup>, Rodrigues J<sup>1</sup>, Afecto E<sup>1</sup>, Correia J<sup>1</sup>, Freitas T<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

**Introduction:** Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) is the treatment of choice of superficial neoplastic gastrointestinal lesions, being delayed bleedings and perforations the most relevant post-procedure complications. Different techniques have been described for the management of ESD-created mucosal defects, including the use of tissue sealants, biological adhesives glues, a variety of clips and suturing devices. Also, recently, a propensity score matching analysis demonstrated that prophylactic closure significantly reduced the rate of adverse events after colorectal ESD.

**Aim:** We aim to describe the successful closure of a large post-rectal ESD eschar using the endoscopic "purse-string" method.

**Case summary:** A 48-year-old male without prior medical history was referred for colonoscopy after a positive fecal immunochemical screening. A lateral spreading tumor with 60 mm (0-IIa+Is, Paris Classification), granular, nodular-mixed type, was identified in the proximal rectum. Careful examination using high-resolution white light-imaging and blue-light imaging did not identify areas of suspicious vascular/mucosal pattern (JNET 2A). Therefore, en bloc ESD was proposed. At the final ESD stage, in the center of the lesion beneath the polypoid component, an

area of absent elevation was seen, suggesting fibrosis or invasion. Therefore, dissection was completed around this area, isolating a pericentimetric area without elevation. Then, the muscular layer was intentionally superficially sectioned to complete resection. At the end of the procedure, cut whitish muscular fibers were identified in a small segment, without free perforation. Therefore, the eschar was closed using the endoscopic "purse string" technique. For such, the endoloop was introduced alongside the colonoscope and then anchored by clips around the eschar margin. Finally, the endoloop was tightened. The patient was asymptomatic after the procedure and was discharged home after 4 hours of monitoring. The histological analysis of the ESD specimen revealed a moderately differentiated adenocarcinoma, invading the muscularis propria, but with negative vertical and horizontal margins. The patient was discussed in the multidisciplinary group, staged as a cT2N0M0 and surgery was proposed. The patient was submitted to anterior rectal resection. The surgical specimen revealed absence of residual neoplasia, but nodal metastases were detected in 2 out of 29 lymph nodes and adjuvant chemotherapy was started.

**Relevance:** This case demonstrates the utility of the "purse string" technique to close large defects and brings attention into two paramount messages: i) "optical biopsy" may have pitfalls in evaluating the invasion of neoplastic lesions; ii) multidisciplinary approach is key for patient-centered care.

### (18631) - SECUKINUMAB-INDUCED ULCERATIVE COLITIS IN A PATIENT TREATED FOR SARCOIDOSIS - FIRST CASE REPORT

Garrido I<sup>1</sup>, Andrade P<sup>1</sup>, Macedo G<sup>1</sup>

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introduction:** Secukinumab is a fully-human monoclonal antibody that acts by selectively binding and neutralizing the proinflammatory cytokine IL-17A. It is currently approved for use in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. Some recent reports also suggest a favorable effect of secukinumab in patients with sarcoidosis.

**Clinical case:** A 73-year-old female with a past medical history of sarcoidosis had been under treatment with secukinumab for 6 months. This patient had failed prior

treatment with methotrexate and infliximab. She was admitted due to bloody diarrhea, abdominal pain and weight loss with 1 month of evolution. Her abdomen was soft but diffusely tender. Blood tests showed iron deficiency anemia (hemoglobin 11.6 g/dL), thrombocytosis (platelet count  $494 \times 10^9/L$ ), hypoalbuminemia (albumin 28.7 g/L) and increased inflammatory markers (C-reactive protein 127 mg/L). Abdominal ultrasound examination showed diffuse parietal thickening of the colon. She had a normal complete metabolic panel, with negative human immunodeficiency virus, blood and stool cultures. Colonoscopy showed an absent vascular pattern, friable mucosa and erosions from the rectum to the cecum (Mayo endoscopic subscore 2). Biopsies revealed distortion of glandular architecture, accentuated inflammatory infiltrate and cryptic microabscesses. Histology was negative for cytomegalovirus colitis. Magnetic resonance enterography showed no evidence of small bowel disease. Thus, a new diagnosis of ulcerative colitis was made. Secukinumab was discontinued and the patient was started on prednisone 40 mg po daily along with mesalamine 3 mg po daily. Two months after the initial diagnosis, she remains well on a tapering course of corticosteroids.

**Discussion:** This case documents the association of starting secukinumab with a diagnosis of ulcerative colitis. It is possible that, in contrast to its pro-inflammatory role in other diseases and locations, IL-17A may function as a negative regulator of immunity in the gut mucosa. During phase three clinical trials, only two patients (0.058%) on secukinumab developed new-onset inflammatory bowel disease. In practice, there have been some case reports of ulcerative colitis developing in patients being treated for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. This is the first report of ulcerative colitis diagnosed in a patient with sarcoidosis after initiation of treatment with secukinumab.